

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 10/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.



Berufsfragen

BMG Gesundheitsförderung

Fortbildung

Computerspielsucht

Forum

Antibiotikaverordnung

Magazin

Frühe Hilfen

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.
Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christa Becker, Köln

INHALT 10 | 2019

Editorial

Editorial // Ronald G. Schmid, Wolfgang Kölfen 587

Berufsfragen

Wegeweiser zum gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention // Wolfram Hartmann 590

Sinnvolle Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen in der Praxis // Folkert Fehr 595

Abrechnungsprobleme bei Privatvorsorgen // Marcus Heidemann 600

Weiterbildungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein // Christoph Weiß-Becker 605

5 Jahre Pädiatrie-Modul in Baden-Württemberg // Klaus Rodens 610

Weiterbildung in der Praxis – lästig oder lässig? // Christian Steuber 615

Es knirscht zwischen den Sektoren – die DAKJ hält dagegen // Kathrin Jackel-Neusser 617

Honorarbericht der KBV 2016 // Wolfram Hartmann 620

Quo vadis Europa – Spring-Meeting der ECPCP // Karin Geitmann 622

Einsichtnahme in die Patientenakte // Christian Maus 626

Fortbildung

Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen im digitalen Zeitalter // Frank Wolfgang Paulus 629

Psoriasis im Kindesalter: Aktuelle Therapieempfehlungen // Dörte Petersen 637

consilium: Kleben oder Nähen von Wunden im Gesicht? // Christian Eckmann 646

Suchtforum // Matthias Brockstedt 648

Impfforum // Ulrich Heiningner 649

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 650

Welche Diagnose wird gestellt? // Dörte Petersen 651

Forum

Zi-Studie zur Verordnungshäufigkeit systemischer Antibiotika // Wolfram Hartmann 653

Die DAKJ // Hans-Iko Huppertz 656

Aufruf der DAKJ // Hans-Iko Huppertz 657

Wohin mit dem Geld? // Tilo Croonenberg 658



Kinder psychisch kranker Eltern

S. 662

Magazin

Kinder psychisch kranker Eltern: Frühe Hilfen in den Familien // Wilfried Kratzsch 660

Zahlen, Daten, Fakten 662

Bundesverdienstkreuz am Bande an Dr. Jörg Woweries // Elke Jäger-Roman 663

Was bedeutet eigentlich... 664

Buchtipps 664,665

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 666

Gratulation Dr. Kilian-Kornell // Wolfram Hartmann 667

Gratulation Professor Dr. Stefan Wirth // Thomas Fischbach 668

Fortbildungstermine des BVKJ 668

Nachrichten der Industrie

670

Wichtige Adressen des BVKJ 675

Impressum 592

Anmerkung der Redaktion: In den Bezeichnungen „Kinder- und Jugendarzt“ bzw. „Kinder- und Jugendärzte“ in dieser Zeitschrift sind grundsätzlich die Geschlechter „weiblich“, „männlich“ und „divers“ enthalten, bis der Deutsche Rechtschreibrat eine einheitliche Bezeichnung beschließt. Dies gilt auch für den Titel „Kinder- und Jugendarzt“.

Titelbild: © Rawpixel.com – stock.adobe.com

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind ein Supplement der Biogen GmbH sowie eine Beilage der Diatec Diagnostics GmbH beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Die pädiatrische Versorgung in Deutschland

Die pädiatrische Versorgungssituation hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert. Der Zeitraum bis ca. zum Jahr 2000 war geprägt durch eine Überversorgung von Kinder- und Jugendmedizinern in Klinik und Praxis, aber auch in den Institutionen (SPZ u. a.). Auf den Schreibtischen der Leitenden Ärzte lagen große Stapel von Bewerbungen. Die Niederlassung in der Praxis wurde immer stringenter reguliert, bis hin zur Vorschrift einer Altersgrenze für Niedergelassene, eine Jahrzehnte zuvor abgeschaffte Regelung.

Dies änderte sich in den letzten Jahren massiv. In allen Bereichen besteht ein „Bewerbermangel“. Stationen werden wegen Personalmangels beim Pflegepersonal und bei Ärzten geschlossen. Niedergelassene und der ÖGD haben Probleme einen Nachfolger zu finden.



Prof. Dr. Ronald G. Schmid



Prof. Dr. Wolfgang Kölfen

Wie sind die Fakten (Bundesärztestatistik 31.12.2015)?

(s. auch den entsprechenden Beitrag von Dr. Hartmann in Heft 5/2019, S. 230 ff. dieser Zeitschrift)

- Die Zahl der in Klinik und Praxis tätigen Kinder- und Jugendärzte stieg von 10.505 im Jahr 2005 auf 12.957 im Jahr 2015 um 23% an. Diese Entwicklung betraf Praxis (6.373 auf 7.104) und Klinik (4.132 auf 5.853).
- Die Zahl der angestellten Ärzte stieg in der Praxis von 257 im Jahr 2005 (4%) auf 1.266 (18%) im Jahr 2018 an. Diese Entwicklung setzt sich fort.
- Der Frauenanteil stieg in dem Zeitraum in der Praxis von 49,5% auf 55,8% in der Klinik von 43,7% auf 56,0%. Diese Entwicklung wird anhalten, da die Ärztinnen in Weiterbildung derzeit einen Anteil von über 80% haben.

Wie ist damit die derzeitige Entwicklung zu erklären?

- Das Verständnis zur Arbeit gleicht sich im ärztlichen Beruf der gesellschaftlichen Norm zunehmend an. Dies betrifft zunächst die geleistete Stundenzahl. Unterstützt wurde diese Entwicklung durch die Rechtsprechung und Arbeitszeitgesetze. Bereitschaftsdienstzeit wurde Arbeitszeit. Die maximale Arbeitszeit von 48 Wochenstunden wird zunehmend eingehalten.
- Der sich erhöhende Frauenanteil reduziert die zur Verfügung stehende Le-

bensarbeitszeit. Die Bundesanstalt für Arbeit gibt für Frauen eine etwa um 1/3 kürzere Lebensarbeitszeit an.

- Das sich wandelnde Lebens- Konzept zur work-life-balance der jüngeren Generationen führt zu einem neuen Verständnis für Arbeit und Beruf.
- Gesetze und Verordnungen legen Mindestzahlen zur Versorgung mit Pflegepersonal und Ärzten fest, die in der Regel einen Personalmehrbedarf nach sich ziehen (z. B. Frühgeborenen-Versorgung)

Wie sieht die Versorgung im stationären Bereich aus?

Als Grundlage zur Beantwortung dieser Frage soll die von der DAKJ veranlasste und vom Ministerium für Gesundheit geförderte Studie der Universitätsmedizin Greifswald (van den Berg 2016) herangezogen werden, da diese Studie allgemein anerkannt ist.

Die stationäre Versorgungssituation wird in Abbildung 1 dargestellt. Sie stellt die Versorgung der Bevölkerung unter zwei Szenarien dar:

- Auf der Basis der 2015 erhobenen 351 Kinderkliniken
- Auf einer hypothetischen Basis mit allen Abteilungen über 36 Betten- das wären noch 211 Kinder- und Jugendkliniken.

Die Regionen, die über 30 bzw. 40 Kilometer von der nächsten Klinik entfernt sind, sind entsprechend eingefärbt. Die Kinder- und Jugendmedizin fordert: Vom Patienten aus sollte die Entfernung nicht

über 30 Kilometer sein, das heißt alle 60 Kilometer müsste eine Klinik mit dieser Versorgungskompetenz sein.

Diese Forderung steht in bestimmten Regionen der Forderung nach Effizienz, aber auch nach Versorgungsqualität entgegen.

Konsequenterweise ergibt sich daraus die Forderung, dass im Flächenstaat gezielt defizitäre Abteilungen genehmigt werden müssen, diese aber so ausgestattet und definiert sein müssen, dass die Versorgungsqualität gewahrt bleibt. Diese Problematik wurde jüngst durch die Bertelsmann Studie neu thematisiert. Nachdem Versorgungsqualität auch mit Erfahrung gekoppelt ist, muss in diesen Regionen eine gestufte Versorgung definiert werden. Andererseits werden in der DAKJ-Studie auch Regionen mit zu hoher Klinikdichte herausgearbeitet.

Wie sieht die Versorgung im ambulanten Bereich aus?

Die ambulante Versorgung wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Sie findet in der Regel durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte (ca. 7.000) statt und wird ergänzt durch Medizinische Versorgungszentren, Ermächtigungspraxen, aber auch andere Versorgungsstrukturen aus dem klinisch-institutionellen Bereich.

Fegeler et al. (2014) publizierten die umfassendste Studie zur ambulanten

allgemeinpädiatrischen Versorgung. Die Schlussfolgerung der Arbeitsgruppe: „Nach wie vor spielen Infektionskrankheiten eine große Rolle in der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung. Allerdings rücken die Präventionsleistung, die Diagnostik und Therapie der „Neuen Morbiditäten“ sowie die Grundversorgung chronisch kranker Kinder zunehmend in den Vordergrund“.

In den letzten Jahren hat sich eine Tendenz zur Unterversorgung entwickelt. Auch im Bereich der Grundversorgungspädiatrie stehen die gestiegenen Anforderungen der oben angeführten Entwicklung der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit entgegen.

Hinzu kommt eine Sonderentwicklung: Die Kinder- und Jugendmedizin hat bei der Definition der letzten Weiterbildungsordnungen sehr darauf geachtet, dass die wesentlichen auch komplexen Krankheiten durch Kinder- und Jugendmediziner behandelt werden. Dies führte zu einer großen Anzahl von Spezialausbildungen in Form von Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen. Damit kann die Qualität gesichert werden. Andererseits werden viele dieser Leistungen in „Spezialpraxen“ erbracht. Das ist gewollt und begrüßenswert, führt aber zu einer Reduktion der zur Verfügung stehenden Kapazitäten bei der Grundversorgung, da die Zahl der kinder- und jugendmedizinischen Vertragsarztsitze limitiert ist. Hier wird angepasst werden müssen,

was auch durch die jüngsten Bedarfsplanungsvorgaben des GBA (2018) erfolgte. In einigen Brennpunkten (Berlin und Hamburg z.B.) wurden bereits zusätzliche Kassenarztsitze genehmigt, um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen.

Die DAKJ Studie nimmt dazu wie folgt Stellung: „Die räumliche Verteilung der Leistungserbringer im pädiatrischen Bereich ist regional sehr unterschiedlich. In ländlichen Regionen sind die Entfernungen zu den Praxen und Krankenhäusern für einen Teil der Bevölkerung deswegen groß. 60% der Teilnehmer der Befragung waren der Meinung, dass eine Entfernung von 20 km zur nächstgelegenen Praxis zumutbar ist, das kann jedoch nicht für jede Region eingehalten werden“.

Wie sieht die Versorgung durch den ÖGD aus (Dr. Trost-Brinkhues)?

In allen Bundesländern zählt die gesundheitliche Begleitung der Kinder und Jugendlichen in Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertagesstätten und Schulen) zu den Kernaufgaben des ÖGD. An der Schnittstelle zu anderen öffentlichen Bereichen wie der Jugend- und Sozialhilfe kommt den Pädiatern im ÖGD eine vernetzende und begleitende Rolle als „Public Health vor Ort“ zu, von „Frühen Hilfen“ bis zur Begleitung von behinderten Kindern und Jugendlichen. (Literatur: Leitbild ÖGD der GMK 2018). Der ÖGD hat traditionell einen bevölkerungsbezogenen Blickwinkel und arbeitet sozialkompensatorisch, gemeinwohlorientiert und frei von kommerziellen Interessen. Nachrangige Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen - insbesondere bei benachteiligten Kindern gehören zu den Aufgaben des ÖGD. Die konkrete Ausgestaltung ist dabei von landespolitischen Bestimmungen und kommunaler Schwerpunktsetzung abhängig, eine bundeseinheitliche Übersicht ist daher nicht möglich. Die Nachbesetzung mit qualifizierten Pädiatern stellt auch für den ÖGD insbesondere in ländlichen Bezirken ein zunehmendes Problem dar.

Wie sieht die Versorgung durch die Sozialpädiatrie aus?

Die sozialpädiatrische Versorgung erfolgt in einem Stufensystem. Die Kinder-

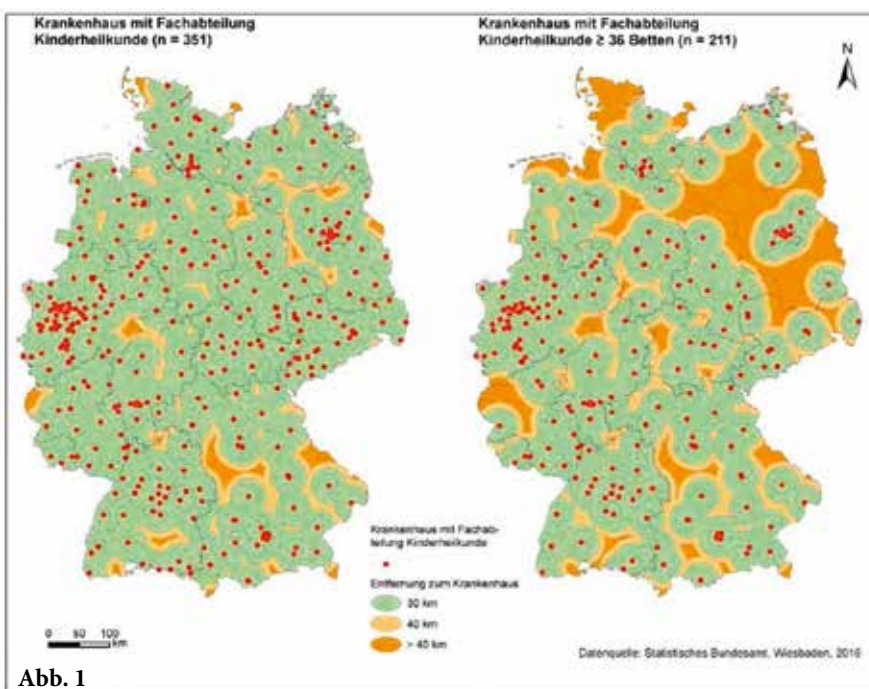


Abb. 1

und Jugendarztpraxis stellt die Grundversorgung dar. Dies spiegelt sich auch seit einigen Jahren bei der Vergütung wider. Der ÖGD stellt einen Teil dieser Versorgung, allerdings regional sehr unterschiedlich, sicher. Zur Behandlung komplexer Fälle steht ein Netz von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zur Verfügung. Diese behandeln pauschal, finanziert nach der MBS-Diagnostik (Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie) in einem multiprofessionellen Team. Definiert ist die Tätigkeit durch das Altötting Papier (2016). Die DAKJ Studie stellt die Versorgung durch SPZ dar (Abb. 2):

Das Fazit der DAKJ Studie: „In Deutschland gibt es aktuell 151 Sozialpädiatrische Zentren, deren Verteilung Abbildung 2 zu entnehmen ist. Die Entwicklung der letzten Jahre kann für städtische Bereiche positiv bewertet werden. In ländlichen Gebieten, insbesondere in der nördlichen Hälfte Deutschlands, sind jedoch teilweise große Lücken vorhanden“.

Das Fazit der DAKJ Studie zur Gesamtversorgung:

„Die versorgungsepidemiologische Analyse hat gezeigt, dass trotz einer nominellen Überversorgung in der Pädiatrie in vielen Regionen Deutschlands manifeste oder potentielle Lücken und strukturelle Probleme in der Versorgungslandschaft existieren.“

Die medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist in Deutschland über ein hoch komplexes System organisiert und realisiert, an dem unterschiedliche Berufsgruppen innerhalb der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems beteiligt sind. Zu diesen Berufsgruppen gehören niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegenden, die ambulant, stationär und in vielen Fällen auch in Misch- bzw. Sonderformen der Versorgung tätig sind“.

Wie gehen die Verantwortlichen der pädiatrischen Verbände damit um?

Die oben dargestellte Situation ist den Entscheidungsträgern in den pädiatrischen Verbänden (DAKJ- Mitgliedsgesellschaften) bekannt und führt zu

vielfältigen Diskussionen. Während die Analyse einen hohen Grad an Konsens hat, ist der Lösungsweg aus den verschiedenen Blickwinkeln durchaus unterschiedlich. Die diskussionsbedürftigen Schnittstellen wurden auf bisher 2 Tagungen in Düsseldorf unter der Moderation der DAKJ behandelt (Kinder- und Jugendarzt 2/2018: Editorial und S. 4-13).

Das Fazit der Autoren:

- In Anbetracht einer gleichzeitig regionalen Überversorgung und Unterversorgung ist eine bessere Verteilung der Ressourcen sinnvoll und in Anbetracht jetzt schon knapper Personal- und Finanzressourcen zeitnah nötig. Die Verfolgung dieses Planungszieles kann in allen Gebieten, den Überversorgten und den Unterversorgten, die Qualität der Versorgung verbessern.
- Eine bessere Vernetzung von Klinik und Praxis wird unerlässlich sein. Dies betrifft die Erfüllung von Weiterbildungskatalogen, die Gestaltung von Notdiensten, die Abdeckung der 24Std./365 Tage Versorgung und viele andere Qualitätskriterien mehr.
- Der Zugang zu den verschiedenen pädiatrischen Versorgungswegen muss einer Entfernungsklausel unterliegen, dies natürlich gestuft nach der Inzidenz der Krankheit. Das führt in Flächenbereichen auch zur Notwendigkeit der Finanzierung von defizitären Strukturen. Andererseits werden durch eine bedarfsorientierte Planung auch Kosten eingespart.
- Die große Politik wird sich schwertun, bedarfsgerechte Strukturen zu entwickeln. Sie kann nur über Vorgaben arbeiten, die dann im Einzelfall vor Ort nicht immer sinnvoll sind. Dieser Schritt wird aber unerlässlich, wenn die Pädiatrie nicht sich selbst mit dieser Thematik beschäftigt.
- Ein wesentlicher Hinderungsgrund zu einer solchen Entwicklung sind alte Strukturen, mangelnde Kommunikation und Angst um Besitzstände. Und

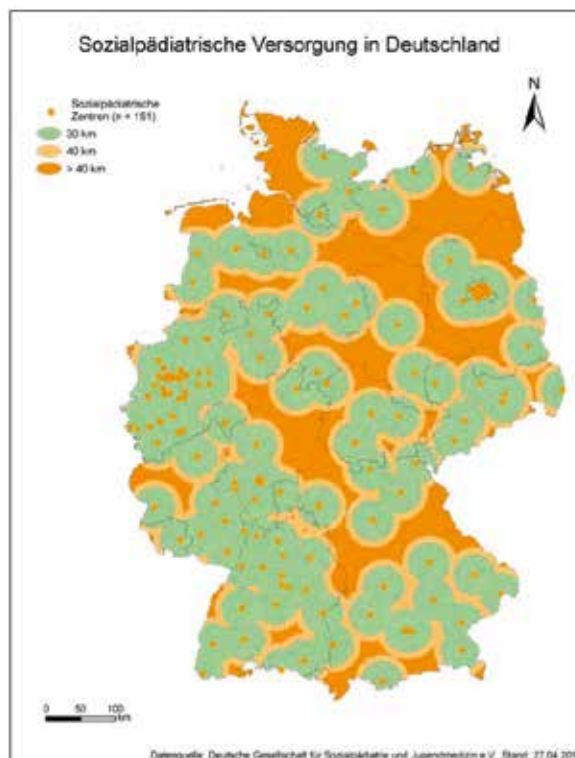


Abb. 2

das in einer Zeit in der es von vielem zu wenig gibt.

- Es wird empfohlen (Düsseldorfer Papier) auf allen Ebenen durch eine intensive Diskussion der „Player“ die Ressourcen zu analysieren und als Ergebnis die Angebote qualitativ zu definieren und zu bündeln. Hierzu wird Zeit eingebracht werden müssen, die sehr rar ist. Es ist aus heutiger Sicht aber der einzige Weg eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige kinder- und jugendmedizinische Versorgung durch Kinder- und Jugendmediziner unter zunehmend schwierigeren Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Ronald G. Schmid
Vizepräsident BVKJ
Kinder- und Jugendmedizin
Neuropädiatrie, Neonatologie, Allergologie
Vinzenz von Paul Str. 14
84503 Altötting
E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
Vizepräsident BVKJ elect
Leitender Arzt der Abteilung für
Kinder- und Jugendmedizin
Hubertusstraße 100
41239 Mönchengladbach

Red.: WH

Wegeweiser zum gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde im Interesse der Kinder und Jugendlichen gemeinsam mit vielen Engagierten auf Bundes- und Landesebene (Dr. Fischbach für den BVKJ) ein Fachdialog ins Leben gerufen, der vom BMG koordiniert, moderiert und von allen beteiligten Organisationen als offener Prozess mitgestaltet und mitgetragen wird. Dieser Fachdialog soll die Einbindung zentral Beteiligter aus Wissenschaft, Praxis und Politik mit dem Ziel sicherstellen, die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien in Deutschland nachhaltig zu stärken und die gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen.

Die Akteurinnen und Akteure sollen somit in ihrem Handeln unterstützt werden. Dies erfolgt durch diese Vorlage, die eine gemeinsame Grundlage schafft und als Orientierungshilfe dienen soll. Dabei wird berücksichtigt, dass nur solche Organisationen sich nachhaltig für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien einsetzen können, die in personeller und materieller Hinsicht über ausreichende Ressourcen hierfür verfügen. (...)

Damit der Fachdialog zielführend arbeiten kann, war es aus Sicht der Beteiligten notwendig, sich zunächst auf ein **gemeinsam getragenes Grundverständnis zur Gesundheitsförderung und Prävention** in Deutschland und den damit verbundenen Perspektiven und Handlungsansätzen zu verständigen. Durch das akteurs-, themen- und lebensweltübergreifende Vorgehen sollen Initiativen und Institutionen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene, wie z. B. die Nationale Präventionskonferenz, gesundheitsziele.de, die Landesrahmenvereinbarungen oder die Frühen Hilfen, einbezogen werden, indem deren Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention für Aufwachsende berücksichtigt wird und Bezüge zu anderen Maßnahmen hergestellt werden. (...)

Das Ergebnis wurde in zentralen Eckpunkten gebündelt, die eine grundlegende Orientierung geben und zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit beitragen sollen. Ergänzend werden Hintergrundinformationen gegeben. Dabei wird der Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt, der die soziale, seelische und körperliche Gesundheit sowie gesellschaftliche Teilhabe umfasst. Nutzerinnen und

Nutzern steht damit eine Orientierungshilfe mit umfangreichen Informationen zur Verfügung.

I) Eckpunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Die folgenden **zehn gleichwertigen Eckpunkte** orientieren sich an nationalen und internationalen Standards der Gesundheitsförderung und Prävention (...).

1. Die Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) orientieren sich an den internationalen Standards der WHO und UN sowie an nationalen Standards. Die zentralen Referenzdokumente sind: die **Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung** und der **Health-in-all-Policies-Ansatz der WHO**, die **UN-Kinderrechtskonvention** und **UN-Behindertenrechtskonvention**, die **nationalen Gesundheitsziele**, insbesondere „**Gesund aufwachsen**“ und „**Gesundheit rund um die Geburt**“, der **Kinder- und Jugendbericht** sowie die einschlägigen Regelungen in nationalen Gesetzen und Richtlinien, insbesondere die Sozialgesetzbücher sowie die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz und die mit den Bundesländern abgeschlossenen Landesrahmenvereinbarungen (diese Auflistung ist exemplarisch und nicht abschließend zu verstehen).
2. Gesundheitsförderung und Prävention, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien bzw. deren Bezugspersonen adressieren, sind lebensweltübergreifend und kommunal verankert. Sie müssen sich regelmäßig den sich ändernden Bedingungen anpassen und

nachhaltig weiterentwickeln und zielen auf die Befähigungsgerechtigkeit (Empowerment) und gesundheitliche Chancengleichheit ab.

3. Eine langfristige (auch strukturelle) Verankerung unter Nutzung der Potenziale vorhandener Strukturen, Expertisen und Kompetenzen schafft die Voraussetzungen für eine nachhaltige Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen und ein Klima des Voneinanderlernens.
4. Gesundheitsförderung und Prävention als feste Bestandteile eines kommunalen, integrierten Gesamtkonzepts sollten sich an den Potenzialen, den Gesundheitsbedürfnissen und dem Wohlbefinden im Lebenslauf der Kinder/Jugendlichen sowie deren Familien/Bezugspersonen orientieren (**salutogenetischer Ansatz**).
5. Gesundheitsförderung und Prävention zielen – neben anderen Aspekten – im Sinne eines weiten Inklusionsverständnisses auf jegliche Diversität aller Kinder und Jugendlichen, auch chronisch kranker, behinderter, belasteter und/oder psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher, und entsprechende Teilhabe ab.
6. Als **erster zentraler Sozialisationsort** für Kinder und Jugendliche im Lebenslauf hat **Familie** einen direkten Einfluss auf die Prävention von gesundheitlichen Risiken im Kindes- und Jugendalter, weshalb die **„Familiäre Gesundheitsförderung“** als eigenständiges Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutsam ist.
7. Für eine Ermöglichung eines gesunden Lebensalltages für Kinder und Jugendliche bedarf es neben fachlichen und

strukturellen Ressourcen (normativ verankerte Kooperationsgebote) auch inter- und transdisziplinär getragener Veränderungen in den Lebenswelten.

8. **Kinder und Jugendliche** sind in den Mittelpunkt der Planung, Implementierung und Evaluierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu stellen; sie **sind in angemessener Weise zu beteiligen (Partizipation)**. Ziel dabei ist, die Rahmenbedingungen für möglichst große Gesundheitskompetenz zu schaffen.
9. Gesundheitsförderung und Prävention zielen immer auf die Ermöglichung und Verbesserung der **gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen** (und ihren Familien) an den für sie relevanten Sozialisationsorten unter Berücksichtigung sensibler Übergangsphasen ab.
10. Nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche schließt die Kompetenzentwicklung und Professionalisierung der Akteurinnen und Akteure (Aus- und Fortbildung) sowie das Systemlernen ein.

II) Aufgaben im Kontext des Fachdialogs „Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

Zentrales Ziel des Fachdialogs ist die **Vernetzung der handelnden Akteurinnen und Akteure und bestehender**

Strukturen, wie z. B. Verbände, Organisationen und Wissenschaft, die u. a. die folgenden Themen unter Berücksichtigung verfügbarer Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention diskutieren:

- Austausch über gesundheitsrelevante Handlungsfelder in den unterschiedlichen Lebenswelten, Lebensphasen und Übergängen, in denen Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt werden sollten, sowie Benennung und Darstellung der Schnitt- und Nahtstellen zwischen den beteiligten Gruppen, Gremien und Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Kinder- und Jugendhilfe, Soziales und Forschung.
- Orientiert an den identifizierten Handlungsfeldern (aktueller Forschungsstand) für Gesundheitsförderung und Prävention von und für Kinder und Jugendliche leiten die jeweiligen Akteurinnen und Akteure und Verbände die für sie zu priorisierenden Aufgaben ab.
- Entwicklung von Vorschlägen und weiteren Eckpunkten für eine erfolgreiche, interdisziplinäre und multiprofessionelle Umsetzung nachhaltiger Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche in den konkreten Gegebenheiten vor Ort (Lebenswelten).

- Identifikation möglicher Qualitätskriterien zur Evaluierung von Gesundheitsförderung und Prävention; Berücksichtigung bereits bestehender Qualitätskriterien einschließlich des besonderen Schwerpunktes der Partizipation.
- Austausch über qualitative, strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie Diskussion über Schnittstellenproblematiken und Zuständigkeiten sowie gesetzlich bzw. strukturell bedingte Chancen und Barrieren.
- Verbindliche Verständigung über systemübergreifende und interdisziplinäre, perspektivische Prinzipien für die Arbeit der beteiligten Akteurinnen und Akteure, Gremien und Verbände unter Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien.

Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Wegeweiser_2019-08.pdf

Zusammenstellung und Bearbeitung:
Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Begründet als „der kinderarzt“ von Prof. Dr. Dr. h.c. Theodor Hellbrügge (Schriftleiter 1970 – 1992).

Im Titel und in unseren Artikeln verwenden wir das „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221) 68909-34, andreas.plate@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof. Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wil-

helmutstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln, Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-tex.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck). Druckauflage 12.267 lt. IVW II 2019

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Christa Becker, Köln, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552

Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsorganisation:** Petra Tristram, Tel.: (0201) 8130-309, Fax: (0201) 8130-412, E-Mail: tristram@verlag-beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 53 vom 1. Oktober 2019

Bezugspreis: Einzelheft € 11,40 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 114,90 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2019. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



Sinnvolle Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen in der Praxis

Einleitung // Der Ausschuss Aus- und Weiterbildung möchte einen Beitrag zur beruflichen Orientierung unserer Nachfolgerinnen und Nachfolger leisten. Deshalb haben wir gerne die Anregung des Ehrenpräsidenten des bvjk, Dr. Wolfram Hartmann, aufgenommen und eine online Umfrage mit dem Titel „Sinnvolle Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen in der Praxis“ durchgeführt.

Die Aufgabenstellung ist insofern nicht ganz trivial, als daß mit dem Qualifikator „sinnvoll“ zum Deskriptor „Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen in der Praxis“ ein Werturteil impliziert wird, das sich nicht aus der Medizin allein heraus erschließt. Eine vollständige Analyse des Qualifikators „sinnvoll“ geht weit über diese Untersuchung hinaus. Dennoch haben die Autoren dieser Studie eine spezifische Absicht mit genau diesem Qualifikator verknüpft. Ganz allgemein wird in der Medizin Sinn erzeugt, wenn anderen geholfen wird. Diese Definition schließt ein statisches Verständnis von Aus- und Weiterbildung aus, weil sich die Kinder und Jugendlichen, die Pädiater und schließlich die Medizin und die Gesellschaft fortwährend verändern. Sinn kann also nur erzeugt werden und erhalten bleiben, wenn wir Pädiater unsere Möglichkeiten fortlaufend aktualisieren. Der Soziologe Niklas Luhmann spitzt es zu: „Sinn ist laufendes Aktualisieren von Möglichkeiten“.

Während es also die meisten es für normal halten, die Software ihres Smartphones dann zu aktualisieren, wenn der Hersteller es anzeigt, sollte es genauso selbstverständlich sein, die eigene Software im Hirn kontinuierlich zu aktualisieren, wenn sich neue Erkenntnisse, Fertigkeiten oder Haltungen anzeigen.

Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen sind nur ein Teil des Regelungsraumes der Weiterbildungsordnung. Fachgebiete und Schwerpunkte (im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin beispielsweise die Schwerpunkte Kinder-Hämatologie und -Onkologie, -Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie) sind **nicht** Gegenstand dieser Untersuchung, unter anderem weil es in der Regel nicht möglich ist, Schwerpunkte berufsbegleitend während der Tätigkeit in der Praxis zu erwerben.

Material und Methode

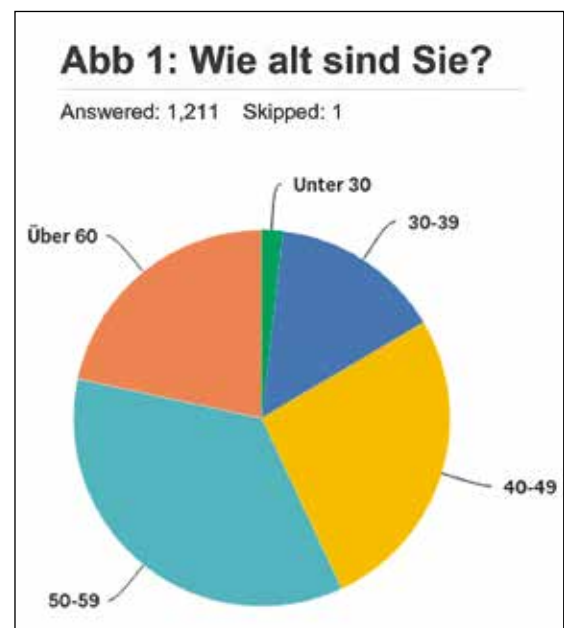
Der Fragebogen wurde auf der Internetplattform surveymonkey.com bereitgestellt. Bundesweit wurde der Link zur Bearbeitung über den Email-Verteiler des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) an alle Ärztinnen in Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendärzte in Praxis und Klinik des Verbandes versendet. Alter, Geschlecht, eigene Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen und die berufliche Position wurden erfasst. Anschließend wurde zu jeder Zusatz-Weiterbildung und Zusatzbezeichnung eine Einordnung erfragt, von „sehr sinnvoll“ bis „nicht sinnvoll“ und „sollte abgeschafft werden“. Am Ende wurde erfragt, ob – und wenn ja: welche – Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen zusätzlich nötig seien. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, unentgeltlich und anonym.

In der ersten Runde wurden rund 11.000 Emailadressen angeschrieben. 1.212 Personen haben binnen 14 Tagen geantwortet und 100% haben die neun Fragen vollständig beantwortet, was im Schnitt rund fünf Minuten gedauert hat.

Ergebnisse

- 80% der Antwortenden zählen noch keine 60 Jahre, stehen also beruflich unter Volldampf. Abb. 1

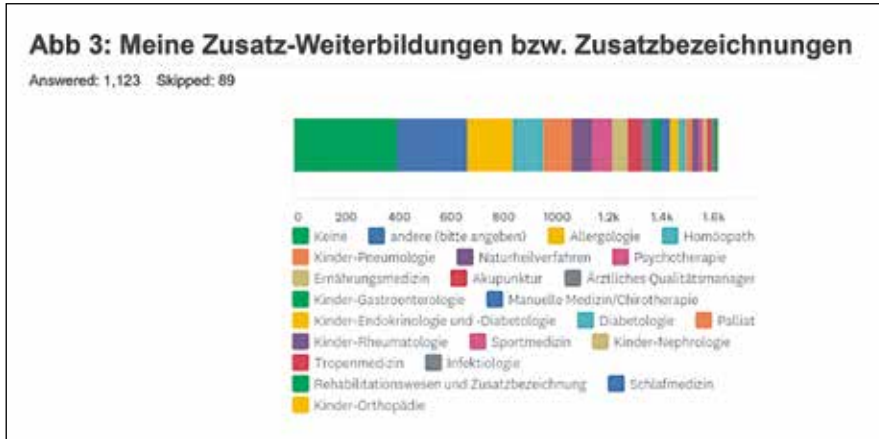
- 54% der Befragten sind weiblich. Abb. 2
- 64% der Umfrageteilnehmer geben an, eine oder mehrere Zusatz-Weiterbildungen oder Zusatzbezeichnungen erworben zu haben, d. h. zwei von drei Pädiatern haben sich intensiv und berufsbegleitend weitergebildet. Abb. 3



BERUFSFRAGEN

- Selbst erworben wurden vor allem Allergologie und Kinder-Pneumologie, dicht gefolgt von Homöopathie, Naturheilverfahren, Psychotherapie und Ernährungsmedizin. Abb. 4
- Viele Zusatzbezeichnungen und -weiterbildungen werden als „sehr sinnvoll“ oder „sinnvoll“ bezeichnet. Spitzenreiter sind Allergo-, Pneumo-, Gastroentero- und Endokrinologie. Abb. 5

- Bedarf an weiteren Zusatzweiterbildungen, Zusatzbezeichnungen oder Kursangeboten besteht. Die Freitextanalyse weist Sozialpädiatrie als Spitzenreiterin aus. Abb. 6



Diskussion

Die kurze Umfrage des Ausschusses „Aus- und Weiterbildung“ ist durch eine Vielzahl von Limitationen in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Angefangen mit dem Zeitpunkt der Umfrage, der Anzahl der Erinnerungen, geringem Rücklauf von rund 10%, der Einschränkung auf online Teilnahme, Probleme mit dem Verständnis der Deskriptoren „Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen“ und interindividuell unterschiedliche Interpretation des Qualifikators „sinnvoll“. Dennoch sehen die Verfasser deutliche Trends, die sich nicht allein aus Mängeln der Untersuchung erklären lassen.

Es gibt ein **erhebliches Interesse an berufsbegleitender Weiterbildung** im Verband. Vor allem jüngere Mitglieder sind bereit, sich an einer Umfrage zu beteiligen. Der hohe Anteil weiblicher Antwortenden zeigt, dass kurze online-Umfragen ein besonders Medium sein könnten, um mit den Kolleginnen in unserem Verband stärker in Kontakt zu kommen.

Zwei von drei Befragten führen selbst eine oder mehrere Zusatz-Weiterbildungen oder Zusatzbezeichnungen. Es ist die Regel, nicht die Ausnahme. Ob dies nun ein schlechtes Zeugnis für die Weiterbildung im Fachgebiet ist (konnten nicht alles lernen, was für die Praxis wichtig ist) oder schlicht der Tatsache geschuldet, daß unser schönes Fachgebiet eine derartig immense Breite und Tiefe aufweist? Tatsache ist jedenfalls, daß die Antwortenden den Impuls verspürten, sich über den Facharzt hinaus weiterzubilden.

Der BVKJ tut gut daran, dies Bedürfnis zu unterstützen. Wobei in den Freitexten besonders die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angesprochen wird. Das kann wenig mit den pekuniären Aspekten einer weiteren Qualifikationen zu tun haben, da sie sich unter den gegebenen Umständen betriebswirtschaftlich nicht vorteilhaft auswirkt, wie jede Interessierte unter anderem in den Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland <https://www.zi-pp.de/> nachlesen kann.

Q7 Brauchen wir weitere Zusatzweiterbildungen, Zusatzbezeichnungen oder Kursangebote?

als Kurs nicht Psychosomatik ZU Dermatologie die Kinder und Jugendgynäkologie für
 Kursangebote Allergologie s.o Sozialpädiatrie
 Reisemedizin und Spezielle Sozialpädiatrie der Kinder Medizin
 der Pädiatrie pädiatrische Integrative Medizin VON Pädiatrie mit Osteopathie

Abb. 6

Von der Freitextoption haben 299 Personen Gebrauch gemacht. Dies geschah teils sehr engagiert mit bis zu fünf Ausrufezeichen. Auch wurde problematisiert, was in die Weiterbildung im Fachgebiet Pädiatrie und was in Zusatz-Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen gehört. Dazu existieren wissenschaftliche Untersuchungen, zum Beispiel siehe <https://www.springermedizin.de/kerninhalte-der-paediatrischen-weiterbildung/16748182>.

Auf keinen Fall soll die hohe Qualität der Ausbildung auf dem Altar der Feierabend - „ich mach das mal nebenbei“ Medizin geopfert werden. Es gilt starre Regeln aufzubrechen, um sich auf die Realität der nachwachsenden Generationen besser einstellen zu können und die Machbarkeit von Zusatzweiterbildungen und Zusatzbezeichnungen parallel zur Tätigkeit in der Praxis sicherzustellen. Gleichzeitig wird vor einer Aufsplitterung gewarnt, die eher die Gesamtpädiatrie gefährde, als daß sie zur Stärkung beitrage und so die erneute stille Einverleibung durch die Erwachsenen-Medizin bewirken könne. Dazu wird eine engere Kooperation auch mit kleineren Kliniken gefordert und eine adäquate

Vergütung nach dem bekannten Spruch: Honorar muss Leistung folgen.

Eine Sonderrolle spielt die **Zusatzweiterbildung Sozialpädiatrie**, die es ja noch nicht gibt. Sie wird an erster Stelle genannt, wo nach weiteren Angeboten gefragt wird; allerdings soll sie wohnortnah, kompetent, praktische anwendbar vermittelt und ansprechend vergütet werden. Hierzu werden moderne didaktische Mittel empfohlen, wie E-Learning bzw. Blended-Learning-Kurse und kompakte Hospitationen. Befragte wünschen sich eine offizielle Zusatzbezeichnung Sozialpädiatrie und echte Schwerpunktpraxen, deren Arbeit abgebildet honoriert wird.

Schließlich gibt es Befragte, die sich bessere Umfragen wünschen und die Limitationen der hier vorliegenden Arbeit klar im Blick haben. Dazu gibt es erfreulicherweise die **Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DG-AAP)**, die sich als unsere wissenschaftliche Gesellschaft zur Aufgabe gemacht hat, alle einzuladen, die es besser können und sich engagieren wollen. Der Vorstand sieht mehr aktiven Kolleginnen und Kollegen erfreut entgegen <https://www.dgaap.de/>

Zusammenfassung

Die Umfrage zeichnet ein differenziertes Bild der Meinungen von über 1212 Kolleginnen und Kollegen aus Klinik und Praxis zum Thema „sinnvolle Zusatz-Weiterbildungen und Zusatz-bezeichnungen“. Sinnvoll ist, was in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien hilft, Spaß macht, das Selbstbewusstsein hebt, die Fachgruppe stärkt und angemessen honoriert wird. Es soll berufs begleitend erlernbar sein, wohnortnah, praktisch, nicht übersteuert. Als „sehr sinnvoll“ oder „sinnvoll“ werden Allergo-, Pneumo-, Gastroentero- und Endokrinologie bezeichnet. Es besteht Bedarf an weiteren Angeboten, vor allem in der Sozialpädiatrie.

Für die Autoren:

Fehr F, Gitmans U, Weiß-Becker C.

Dr. Folkert Fehr, 74889 Sinsheim
 E-Mail: fehr-buschmann@web.de

Literatur bei den Verfasserinnen und Verfassern

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT
im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Der Honorarausschuss informiert

Abrechnungsprobleme bei Privatvorsorgen

Immer wieder melden sich in den Praxen Eltern, die von Ihrer Versicherung nicht den vollen Rechnungsbetrag erstattet bekommen. Die Vermutung der Eltern ist dabei häufig, der Arzt hat Fehler gemacht, zu hoch oder gar bewusst falsch abgerechnet. Ursache ist in Wirklichkeit aber allzu oft, dass die Versicherung im Vertrag Einschränkungen vorsieht oder eine volle Erstattung aus anderen Gründen ausgeschlossen ist. Wie man in solchen Fällen prägnant argumentiert, soll im Folgenden dargestellt werden. Hierzu hat der Honorarausschuss auch ein Merkblatt erarbeitet, das bei Bedarf Eltern ausgehändigt werden kann.



Dr. Marcus Heidemann

Unvollständig erstattete Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Ein typischer Fall einer solche „Elternbeschwerde“ ist die unvollständig erstattete Vorsorgeuntersuchung. Viele Versicherungen sehen Tarife vor, bei denen die Zuzahlungen für Vorsorgeleistungen ausgesetzt sind, so dass Eltern hierbei den vollen Rechnungsbetrag ohne Anrechnung des Selbstbehaltes erstattet bekommen. Die Frage ist aber, wo hört denn die Prävention auf der Rechnung auf? Versicherungen begrenzen die Vorsorge häufig allein auf die GOÄ-Ziffer 26, dies ist allerdings inhaltlich kaum zu rechtfertigen

GOÄ Ziffer 26:

„Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch und Geschlechtsorganen) – ggf. einschließlich Beratung der Bezugspersonen“

Diese Beschreibung der Ziffer 26 klingt zunächst sehr umfassend, ist aber in etwa vergleichbar mit der Leistung nach den GOÄ-Nrn. 3 und 8, sowohl was den Inhalt als auch was die Bewertung angeht. Insofern sind auch in etwa gleiche Leistungsinhalte zu vermuten: Beratung und körperliche Untersuchung. Alle spezifischen Inhalte, die darüber hinaus in den Kinderrichtlinien verlangt werden und die Eltern mit Recht auch für Ihre Kinder erwarten, sind somit nicht erfasst und werden somit über weitere Ziffern der GOÄ zusätzlich abgerechnet. Eine Schlechterstellung der Bewertung von Vorsorgen gegenüber der Abrechnung von Einzelpositionen in anderem Zusammenhang ist inhaltlich nicht zu begründen.

Entwicklungsdiagnostik im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Bei der zu jeder Vorsorge und somit auch zu jeder Abrechnung gehörenden

Entwicklungsdiagnostik handelt es sich nach den Kinderrichtlinien auch in jedem Fall zunächst um eine präventive Diagnostik. Der Umfang der Abrechnung der GOÄ-Nrn. 714/716/717 (ggf. 718) oder 856/857 (ggf. auch anderer) richtet sich eben mindestens nach den Richtlinien und kann bei Bedarf und entsprechenden Auffälligkeiten um gezielte, dann kurativ zu wertende Aspekte, erweitert werden. Die Ziffern sind aber weder in der GNr. 26 enthalten, noch bedürfen sie eines konkreten Krankheitsbefundes, um diese abzurechnen.

Weitere Untersuchungen im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Ebensolches gilt natürlich auch für jegliche, bestimmten Vorsorgen fest zugeordnete Untersuchungen wie **Ultraschall, Hör- und Sehtestungen oder Labordiagnostik**. Auch diese ergänzen nicht nur die Vorsorge inhaltlich, sondern sind auch einzeln im Umfang abzurechnen und somit fester inhaltlicher Bestandteil der Vorsorge aber nicht der GNr. 26.

Abrechnung der GNr. 70

Auf die vom Honorarausschuss seit Einführung der neuen Kinderrichtlinien vorgeschlagene Abrechnung der Ziffer 70 im Rahmen der Vorsorge wird auf der folgenden Seite im unten stehenden Kasten eingegangen.

Anwendung von Steigerungsfaktoren bei der Abrechnung nach GOÄ

Gründe für höhere Steigerungsfaktoren

Die Anwendung erhöhter Steigerungsfaktoren ist ebenfalls ein häufig hinterfragter, aber völlig regelgerechter Fall in der Privatabrechnung. Aufgrund des inzwischen deutlich erhöhten Beratungsaufwandes ist es bei zahlreichen Vorsorgen absolut gerechtfertigt, diesen erhöhten Aufwand auch durch einen über dem Regelsatz liegenden Steigerungsfaktor abzubilden. So heißt es im Legendentext der GNr. 26 „ggf. einschließlich Beratung der Bezugspersonen“.

Notwendig ist aber inzwischen oft eine umfangreiche Beratung zum Beispiel im

Rahmen einer umfangreichen Impfaufklärung, einer Aufklärung zu Inhalten des Stoffwechselscreenings oder auch umfangreiche Beratungsfragen zur Förderung und zum Entwicklungsstand der Kinder. In solchen Fällen darf und muss der Arzt die Steigerungsfaktoren anheben. Ebenso wenn eine der anderen Leistungspositionen aufgrund der Mitarbeit oder des Alters des Kindes schwieriger als üblich zu erbringen ist. Einschränkungen der Erstattung solcher Ziffern durch die Versicherungen lassen sich nicht mit den Regelungen zur ärztlichen Abrechnung begründen und liegen ggf. nur an den spezifischen Regelungen des individuellen Versicherungsvertrags.

Zusammenfassend lässt sich die Problematik der Abrechnungskonflikte häufig darauf zurückführen, dass Inhalt und Umfang der Vorsorgen sich in den letzten Jahren im Gegensatz zur Gebührenord-

nung ständig weiterentwickelt haben. Eine medizinische Versorgung aufgrund aktueller Vorgaben ist nicht immer mit den Leistungsbeschreibungen einer über 30 Jahre alten Gebührenordnung konfliktfrei in Einklang zu bringen. Der vom BVKJ Honorar Ausschuss erstellte Merk- und Argumentationszettel, der auch in **PädInform** (Ordner: Kinder- und Jugendarzt) für jedes Mitglied des BVKJ frei verfügbar ist, kann Eltern in der Argumentation gegenüber der Versicherung sehr helfen und somit Konflikte um die Abrechnung durch die Unterstützung des Arztes deutlich entschärfen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Marcus Heidemann, 33605 Bielefeld
E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH

GNr. 70 im Rahmen von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Mit Einführung der neuen Kinderrichtlinien wurde vom Honorar Ausschuss die Empfehlung ausgesprochen, bei jeder privaten Vorsorge die **GNr. 70** abzurechnen. Zahlreiche Praxen haben dies so umgesetzt und insgesamt wenig Probleme mit der Akzeptanz der Abrechnung. Zu den jedoch auch immer wieder aufkommenden Fragen und Beschwerden hat inzwischen auch die **Bundesärztekammer** Stellung bezogen.

Hintergrund der Empfehlung, Ziffer 70 bei jeder Vorsorge abzurechnen, ist, dass der Arzt im Rahmen der Vorsorge nicht nur eine eigene Dokumentation in der Patientenakte vorzunehmen hat, sondern auch in jedem Fall ein **ärztliches Zeugnis über die Untersuchung im Vorsorgeheft ausstellt**. Weiterhin wird mit Ausfüllen der **Teilnahmekarte** im vorderen Bereich des Heftes ja auch formal ein Attest über Durchführung der Vorsorge und Impfberatung erstellt, das bei entsprechenden Stellen ggf. vorzulegen ist.

Das Ausfüllen der entsprechenden Dokumentation im Heft und in der Teilnahmekarte ist nicht Inhalt der Vorsorgeziffer an sich. Die Situation einer weiteren Dokumentation neben der in der Patientenakte findet sich ebenso bei Impfungen. Hier

findet die Eintragung im Impfausweis aber ausdrücklich Erwähnung in der Leistungslegende. Insofern kann im Umkehrschluss auch davon ausgegangen werden, dass dieser Einschluss in die Ziffer eben bei Vorsorgen so nicht der Fall ist.

GNr. 70 beim Medikationsplan

Als ähnliches Beispiel der Abrechnung der medizinisch begründeten Abrechnung der GNr. 70 wird der **Medikationsplan** aufgeführt. Auch in diesem Fall handelt es sich um eine Doppelung der ärztlichen Dokumentation für die Unterlagen der Patienten. Die Abrechnung der GNr. 70 sei in diesem Fall bei allen Gebührenexperten unstrittig gerechtfertigt.

Krankschreibungen und Atteste

Unsere Argumentation des „formalen Attestes“, das ja bei weiteren Stellen z.B. Gesundheitsämtern, Schulen und Kindergärten ggf. vorzulegen ist wird auch ausdrücklich bestätigt und somit die Abrechnung gerechtfertigt.

Um die Abrechnung ggf. deutlicher von Krankschreibungen und anderen Attesten zu trennen, empfiehlt die Bundesärztekammer allerdings, die analoge Abrechnung der GNr. 70. Dies hat auch den Vorteil, dass man durch Anlage der **GNr. „A70“** im Praxisprogramm diese Leistung deutlicher von sonstigen Attes-

ten abheben kann. Durch Bezeichnung der **A70 als „Bescheinigung über Durchführung und Dokumentation der Vorsorge inklusive Impfberatung“** wird der Inhalt klar und im Laufe der Zeit die Akzeptanz der Ziffer bei Versicherungen und Patienten sicher auch noch steigen.

Insofern ist die im Rahmen der Anfragen bei Ärztekammern vom BVKJ-Honorar Ausschuss vorgelegte Argumentation letztendlich in vollem Umfang von der Bundesärztekammer übernommen worden.

Fazit

Jedem Arzt kann also mit Rückendeckung der Kammer die **GNr. 70 bzw. A70** bei jeder Privatabrechnung einer entsprechenden Vorsorge abrechnen. Bei Rückfragen und Problemen kann auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer Bezug genommen werden, die jedoch formal von jeder einzelnen Landesärztekammer abgegeben werden muss, da Auslegungen der GOÄ in die Zuständigkeit der jeweiligen Landesärztekammern fallen.

Der Honorar Ausschuss bittet darum, die Anwendung der **GNrn. 70/A70** nicht nur im eigenen Interesse vorzunehmen, sondern durch den regelhaften Ansatz auch die Einheitlichkeit der Abrechnungsgrundlage zu dokumentieren. Wenn jeder Arzt es so handhabt, ist die Selbstverständlichkeit der Ziffer sicher noch schneller bei allen Beteiligten zu erreichen.

Informationen zur Abrechnung der „Kinder-Vorsorgen“

Liebe Patient*innen,

immer wieder gibt es Rückfragen zur Abrechnung der Kinder-Vorsorgen. Privatversicherungen geben bei der Erstattung unterschiedliche Vorgaben und Einschränkungen vor, die oftmals medizinisch nicht zu begründen sind. Im Folgenden sind die häufigsten „Konfliktfragen“ allgemein erläutert.

Grundsätzliches:

Vorsorgen werden in Deutschland im Regelfall nach den sogenannten Kinderrichtlinien erbracht. Diese gelten strenggenommen nur für gesetzlich Versicherte, sind aber auch als der allgemeine medizinische Mindeststandard anzusehen und somit natürlich auch bei Privatversicherten mindestens einzuhalten. Die meisten Ärzte halten sich im Wesentlichen genau an diese Regelungen und führen in begründbaren Fällen Erweiterungen durch, die medizinisch allgemein geboten oder vor allem im Einzelfall aufgrund der Entwicklung oder Vorgeschichte des Kindes notwendig sind.

Unterscheidung „präventiv“ – „kurativ“

Manche Versicherungen sehen eine Befreiung von Zuzahlungen für Präventivziffern = Vorsorgeziffern vor, wohingegen Ziffern der Behandlung (kurativ) nicht von Eigenanteilen und Zuzahlungen befreit sind. Hierbei legen die Versicherungen in der Regel die Grenzen deutlich zu streng an, da eine Vorsorge aus mehr als der eigentlichen Vorsorgeziffer (GOÄ 26) besteht. (siehe unten). Bei einer grundsätzlichen Befreiung von Zuzahlungen für Vorsorgeleistungen im Versicherungsvertrag ist somit eine solche Regelung zur Anrechnung auf die Zuzahlungen/den Eigenanteil für alle Ziffern im Zusammenhang mit der Vorsorge anzuwenden.

Zusammensetzung der Ziffern einer Vorsorgeuntersuchung

Ziffer 26:

Grundlage jeder Vorsorge ist die **Ziffer 26** der GOÄ. Die Beschreibung der Ziffer lautet: „*Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch und Geschlechtsorganen) – ggf. einschließlich Beratung der Bezugspersonen*“ Diese Beschreibung klingt sehr umfassend, ist aber in etwa vergleichbar mit der Leistung nach GOÄ-Nummer 3 und 8, sowohl was den Inhalt als auch was die Bewertung angeht. Insofern sind auch in etwa gleiche Leistungsinhalte zu vermuten: Beratung und körperliche Untersuchung. Alle spezifischen Inhalte, die darüber hinaus in den Kinderrichtlinien ver-

langt werden und die Eltern mit Recht auch für Ihre Kinder erwarten, sind somit nicht erfasst und werden somit über weitere Ziffern der GOÄ zusätzlich abgerechnet. Eine Schlechterstellung der Bewertung von Vorsorgen gegenüber der Abrechnung von Einzelpositionen in anderem Zusammenhang ist inhaltlich nicht zu begründen.

Ziffern 714/716/717 sowie 856/857:

Bei diesen Ziffern handelt es sich um Ziffern, die unterschiedliche Inhalte der Entwicklungsuntersuchung und Testung des Kindes umfassen. Ziffer 26 beinhaltet keine Leistungen der Entwicklungsdiagnostik, so dass entsprechende Inhalte, die zu jeder Vorsorge dazu gehören, natürlich ergänzend abgerechnet werden müssen. Dabei richtet sich der jeweilige Umfang der Abrechnung nach den in den Kinderrichtlinien geforderten Mindestanforderungen oder nach den individuell medizinisch notwendigen Inhalten. Da diese Inhalte in den Kinderrichtlinien zwingend vorgeschrieben sind, gehören diese Ziffern immer zu den Vorsorgeleistungen und sind somit je nach Vertrag von der Anrechnung auf Eigenanteile zu befreien.

Hör- und Sehtestungen, Ultraschall-, Laboruntersuchungen und weitere:

Verschiedene Vorsorgen beinhalten konkrete Vorgaben für weitere Untersuchungen wie Sehtests, Hörtestungen, Urinuntersuchungen etc.. Natürlich überschreiten diese in den Kinderrichtlinien vorgeschriebenen Untersuchungen den Inhalt der Vorsorgeziffer GOÄ 26 und werden somit ergänzend abgerechnet, soweit diese Leistungen erbracht wurden. Da diese Inhalte in den Kinderrichtlinien zwingend vorgeschrieben sind gehören diese Ziffern immer zu den Vorsorgeleistungen und sind somit je nach Vertrag von der Anrechnung auf Eigenanteile zu befreien.

Ziffer 70 /A70:

Neben der Untersuchung gehört zu jeder Vorsorge auch die Eintragung der Untersuchung im Vorsorgeheft, sowie die Bestätigung der gemäß Schutzimpfungsrichtlinie vollständig erfolgten Impfungen oder zumindest der Beratung über diese Impfungen auf der Teilnahmekarte im Vorsorgeheft. Eine solche Bestätigung und die Eintragungen im Vorsorgeheft, die nicht der ärztlichen Dokumentation dienen, sondern der Bestätigung und Bescheinigung über die Vorsorge und Beratung, erfüllt eindeutig die Inhalte der GOÄ-Ziffer 70 und stellt somit eine kurze Bescheinigung im Sinne der Leistungsziffer dar. Ggf. ist alternativ auch der analoge Ansatz der Ziffer 70 (Ziffer A70) möglich. Unstrittig und auch von der Bundesärztekammer in einer entsprechenden Stellungnahme bestätigt,

ist aber, dass der Inhalt der abgerechneten Ziffer 70/A70 nicht Inhalt der GOÄ-Ziffer 26 ist und somit die eigenständige Abrechnung aufgrund der Vorgaben der Kinderrichtlinie notwendig und zulässig ist. Eine Verweigerung der Erstattung durch Versicherungen oder Beihilfe ist somit inhaltlich nicht begründbar, da es sich um verbindlich vorgeschriebene Inhalte der Vorsorge handelt.

Steigerung von Leistungsziffern

Bei manchen Vorsorgen ist der Leistungsumfang aufgrund der gültigen Vorschriften oder aufgrund des inhaltlich notwendigen Zeitumfangs deutlich erhöht und übersteigt somit die in der GOÄ beschriebene Regelleistung. So ist z.B. in der Ziffer 26 wie oben beschrieben die Beratung nur mit den Worten „*ggf. einschließlich Beratung der Bezugspersonen*“ aufgeführt. Notwendig ist aber inzwischen oft eine umfangreiche Beratung zum Beispiel im Rahmen einer umfangreichen Impfaufklärung, einer Aufklärung zu Inhalten des Stoffwechselscreenings oder auch umfangreiche Beratungsfragen zur Förderung und zum Entwicklungsstand der Kinder. In solchen Fällen darf und muss der Arzt die Steigerungsfaktoren anheben. Ebenso wenn eine Leistungsposition aufgrund der Mitarbeit oder des Alters des Kindes schwieriger als üblich zu erbringen ist. Einschränkungen der Erstattung solcher Ziffern durch die Versicherungen lassen sich nicht mit den Regelungen zur ärztlichen Abrechnung begründen und liegen ggf. nur an den spezifischen Regelungen des individuellen Versicherungsvertrags.

Abschlussbemerkung:

Zusammenfassend lässt sich die Problematik der Abrechnung häufig darauf zurückführen, dass Inhalt und Umfang der Vorsorgen sich in den letzten Jahren im Gegensatz zur Gebührenordnung ständig weiterentwickelt haben. Eine medizinische Versorgung aufgrund aktueller Vorgaben ist nicht immer mit den Leistungsbeschreibungen einer über 30 Jahre alten Gebührenordnung konfliktfrei zu leisten.

Für weitere Rückfragen stehen Ihre abrechnenden Ärzte sicher gerne zur Verfügung. Wir müssen aber auch ausdrücklich darauf hinweisen, dass eine unvollständige Erstattung der Versicherung nicht bedeutet, dass die ärztliche Abrechnung falsch ist. Vielmehr liegt eine unvollständige Kostenerstattung eben oft auch an den Einzelheiten des Versicherungsvertrages oder an den nicht immer nachvollziehbaren individuellen Erstattungsrichtlinien der Beihilfe oder der Versicherung.

Bei Bedarf dürfen Sie dieses Merkblatt gerne als Grundlage für einen Widerspruch bei Ihrer Versicherung verwenden.

Weiterbündungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein – neue Konzepte für gute Weiterbildung und den Erhalt der Pädiatrie

Beim diesjährigen Kinder- und Jugendärztetag in Berlin vom 14. bis 16. Juni wurde zum ersten Mal der Preis für exzellente Weiterbildung des BVKJ vergeben. Zu den Preisträgern gehört der Weiterbündungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein, der es Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ermöglicht bei fortlaufendem Weiterbündungsvertrag aus der Klinik heraus für einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren in der ambulanten Grundversorgung Erfahrungen in der ambulanten Pädiatrie zu sammeln. Dr. Georg Hillebrand, Sprecher der Kliniken im Weiterbündungsverbund und Dr. Christoph Weiß-Becker, Sprecher der Praxen im Weiterbündungsverbund Pädiatrie haben den Preis entgegengenommen. Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte (KJÄ) aus Klinik und Praxis sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) stellen das Konzept vor und berichten von ihren Erfahrungen:



Dr. Christoph Weiß-Becker



Dr. Georg Hillebrand

Weiterbildung in Verbänden aus Praxen und Kliniken

Weiterbildung in der Pädiatrie findet häufig noch ausschließlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin statt. Wichtige Inhalte der ambulanten allge-

meinen Pädiatrie werden nicht oder nur bedingt vermittelt. Mehr als die Hälfte der späteren Fachärztinnen und Fachärzte in der Pädiatrie wiederum werden in der ambulanten Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen tätig. Vor diesem Hintergrund haben sich Kliniker und niedergelassenen KJÄ in Schleswig-Holstein zusammengetan und ein Konzept entwickelt, das die für die Facharztweiterbildung geforderten Inhalte der Kinder- und Jugendmedizin im Verbund vermittelt.

Mehr als 20 Praxen und alle akut versorgenden Kliniken für Kinder und Jugendmedizin in Schleswig-Holstein haben die Bereitschaft zur Teilnahme erklärt. 2016 wurde der „Weiterbündungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein“ erstmals im Ärzteblatt Schleswig-Holstein vorgestellt (1).

Auch wenn wir feststellen, dass der Aufbau von tragfähigen Strukturen Zeit benötigt, entstehen Schritt für Schritt immer neue Kooperationen zwischen Kliniken, Praxen und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiWs). Inzwischen haben verschiedene Kliniken, zahlreiche Praxen und ÄiWs das Verbundkonzept mit Leben gefüllt, und neue Verbundverträge kommen hinzu. Wir stellen fest, dass Vertrauen

zueinander und Kenntnis voneinander den Abbau von Vorurteilen über die Tätigkeiten und Kompetenzen des Gegenübers ermöglichen.

Dies ist für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien besonders an den Schnittstellen der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig und notwendig. Verbesserte Kommunikation zwischen Kliniken und Praxen ist die Voraussetzung für eine bessere Kooperation und Abstimmung, die sich auch auf die Facharztweiterbildung und Weiterbildungsinhalte erstreckt. Kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung bei diesem Prozess braucht einen langen Atem und gemeinsame Anstrengung. Ein Kulturwandel kann nicht von heute auf morgen gelingen. Der **Qualitätszirkel Weiterbildung** wurde gerade deshalb 2016 gegründet und ist fester Bestandteil des Weiterbündungsverbundes.



Infobox 1 Weiterbündungsverbund in der Pädiatrie in Schleswig-Holstein

- Zusammenarbeit von Akutkliniken Kinder- und Jugendmedizin und qualifizierten Weiterbilderpraxen
- Durchführung in der Fläche in Schleswig-Holstein
- Vollständiges Angebot aller für die Facharztweiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte im vorgegebenen Zeitrahmen
- Vermittlung von Erfahrungen in der pädiatrischen Grundversorgung für Ärztinnen und Ärzte bereits in der Weiterbildung mit dem strukturierten kompetenzbasierten Curriculum PaedCompenda®
- Verlässliche und verbindliche Rahmenbedingungen:

- im 3. oder 4. Weiterbildungsjahr
- Dauer 12 bis 24 Monate
- Umfang halbe Stelle



Abordnung in die Weiterbilderpraxis im Umfang einer halben Stelle. Über eine halbe Stelle hinausgehende Tätigkeit wird in der Klinik abgeleistet.

Der Arbeitsvertrag und die Vergütung mit und durch die Klinik bestehen unverändert fort. Die Praxis zahlt an die Klinik die tarifvertraglichen Entgelte.

Die Tätigkeit wird von der Ärztekammer in vollem Umfang anerkannt.

Infobox 2
Weiterbildungsverband Pädiatrie konkret:

Dr. Schröder
(Weiterbildung Klinik Barmsee und Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin Pinnberg)

Feb. 14 – 18 Mi. 1,0 VE Allg. Pädiatrie

Jan 15 – 19 Mi. 1,0 VE Neonatologie, Wächterinnennotdienst, Krebserkrank., Kinder - Internist

Jan 17 – Jan 18: 0,5 VE Klinik (Schichtdienste)

Jan 17 – Jan 18: 0,5 VE Kinderarztpraxis Pinnberg

ab Jan 19: 1,0 VE Stationsärztin Allg. Pädiatrie

18 Feb 19: Retention Anästhesie für 6 Monate

Prüfung 19: HA - Prüfung

Arbeitszeiten

Jan 17 – Jan 18: 0,5 VE Klinik (Schichtdienste)
Jan 17 – Jan 18: 0,5 VE Kinderarztpraxis Pinnberg

| Mo | Tu | Mi | Do | Fr | Sa | Su |
|---------|-------|-------|-------|-------|----|----|
| FD/ND | FD/ND | FD/ND | FD/ND | FD/ND | FD | FD |
| Kern ND | | | ND | ND | ND | ND |

Teilnehmende Praxen und Kliniken sind bereit, an der Gestaltung mitzuwirken. Erfreulich ist ein hohes Interesse aller Beteiligten.

Wie die Tätigkeit von Weiterzubildenden im Verbund konkret umgesetzt und gestaltet wird soll an einem Beispiel veranschaulicht werden.

Strukturierte, kompetenzbasierte Weiterbildung ePaed Compenda®

APT (Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten) sind der aktuelle medizinisch-didaktische Ansatz, um die Kluft zwischen Theorie und praktischer ärztlicher Tätigkeit zu überbrücken. APTs beschreiben die zentralen Tätigkeiten eines Faches. Deshalb fördert der APT-basierte Ansatz das interdisziplinäre Lernen und Arbeiten. Die DGAAP hat für die grundversorgende Pädiatrie das sog. „PaedCompenda“ entwickelt. Als Vorarbeiten wurden durch rund 900 Fachärzte für Pädiatrie und Ärztinnen in Weiterbildung zum Pädiater die Inhalte der Weiterbildung priorisiert. Aus der Versorgungsstudie der DAKJ 2014 (2) wurden die wichtigsten Vorstellungsanlässe für Kinder und Jugendliche entnommen. Diese Vorstellungsanlässe wurden nach dem CanMEDS Rollenmodell aufgearbeitet und mit den priorisierten Inhalten der Weiterbildung verschränkt.

PaedCompenda® ist Kernstück und Grundlage der ambulanten Weiterbildung im Rahmen des Weiterbildungsverbandes. Damit wird für die ambulante Grundversorgung eine strukturierte

und kompetenzbasierte Vermittlung wichtiger Inhalte auf qualitativ hohem Niveau in den teilnehmenden Praxen sichergestellt.

Aktuell existiert eine digitale Version, das sog. ePaedCompenda (ePC). Dieses E-Learning-Programm ist auf die erwähnten vielfältigen professionellen Anforderungen in der ambulanten Pädiatrie zugeschnitten und soll zu selbstorganisiertem Lernen wie auch zur Selbstkontrolle und Reflexion anregen. Darüber hinaus kann mit dem ePortfolio transparent gemacht werden, was den ÄiW tatsächlich anvertraut werden kann und wo noch Lernbedarf besteht.

Bislang konzentriert sich das ePC auf die Weiterbildungsphase in der ambulanten Praxis. In der Zukunft sollen in Schleswig-Holstein sukzessive Schnittstellen zur Weiterbildung der Klinik erkannt und definiert werden, um in Zu-

kunft eine konsistente sektorenübergreifende Facharztweiterbildung anbieten zu können.

Das Sozialministerium in Schleswig-Holstein wird die Evaluation und die Weiterentwicklung qualifizierter Weiterbildungskonzepte über den Versorgungssicherungsfond SH unterstützen und fördern, um im Rahmen einer dreijährigen wissenschaftlichen Begleitung die Effekte auf die Attraktivität der Weiterbildung, der Qualität der Vermittlung von Weiterbildungsinhalten und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihrer Familien in der Fläche zu untersuchen. Dr. Irene Somm und Mitarbeiter, Netzwerk Handlungsforschung und Praxisberatung, die u.a. zu personalen Kompetenzen bei pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen gearbeitet haben (3), werden das Projekt wissenschaftlich begleiten.

Infobox 3 Kompetenzbasiertes Curriculum PaedCompenda® der Deutschen Gesellschaft für ambulante allgemeine Pädiatrie (DGAAP)

Im kanadischen Rollenmodell CanMEDS (3) sind die ärztliche Kernkompetenzen des Medizinischen Experten in den Rollen als Kommunikator, Gesundheitsforscher, Lehrer und Lerner, Teamworker, Manager und ärztlichem Vorbild beschrieben. Kompetenzen sind komplexe Bereiche, in denen Wissen, Fertigkeiten und Haltungen integriert sind. Sie sind nicht messbar, werden jedoch am Verhalten bei der Ausführung von Tätigkeiten beobachtbar (Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten)

Zwölf „Anvertraubare professionelle Tätigkeiten“ (APT) sind als Arbeitsfelder der ambulanten allgemeinen Pädiatrie in PaedCompenda beschrieben.

| Anzuvertrauende professionelle Tätigkeiten (APT) | |
|--|---|
| APT1 | Kind mit häufigem akuten Symptom |
| APT2 | Kind mit komplexer akuter Symptomkonstellation |
| APT3 | Kind mit chronischer Erkrankung |
| APT4 | Lotse und/oder Verbindungsstelle zu anderen medizinischen Fächern |
| APT5 | Prävention (Vorsorgen, Impfungen, Gesundheitsberatung) |
| APT6 | Kind mit auffälligem Verhalten und/oder auffälliger Entwicklung |
| APT7 | Kind als Opfer von Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung |
| APT8 | Sozialraumvernetzung |
| APT9 | Versorgung von Jugendlichen |
| APT10 | Akute Notfälle bei Kindern |
| APT11 | Kind mit Verbrennung, Verletzung, Ingestion |
| APT12 | Qualitäts-, Fehler-, Praxismangement, Patientensicherheit |

Für jede APT sind Lernziele definiert, die die spezifischen, messbaren, anspruchsvollen, relevanten und terminierten (SMART-)Kriterien darstellen, anhand derer der individuelle Weiterbildungsstand und der Lernfortschritt erfasst und dokumentiert werden kann.

Kompetenzbasiert heißt: Es wird die Fähigkeit des Lernenden, etwas erfolgreich zu tun, vom Mentor beobachtet und bewertet. Kompetenzbasierte Weiterbildung wird kriterienbezogen evaluiert: es ist nicht wichtig, wie oft der Mentor eine Tätigkeit beobachtet hat, sondern deren Güte, bevor Lehrer und Lerner gemeinsam das Ergebnis guter ärztlicher Tätigkeit feststellen können. Wichtig ist die wertschätzende, zu persönlichem Wachstum anregende Rückmeldung, die das dominierende Instrument kompetenzbasierter Weiterbildung darstellt.

Lernbegegnungen, also Beobachtung und Feedback, definierte Rückmeldungs- und Akkreditierungsprozesse sind Kernbereiche für die Einschätzung, welche Tätigkeiten von dem Arzt/der Ärztin in Weiterbildung selbstständig durchgeführt werden können. (4)

Beispiele und Erfahrungsberichte:

Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Rahmen der Weiterbildung sind vielfältig und lassen sich oft an die Erfordernisse verschiedener Praxisformen, der Klinikstrukturen und an die Wünsche für die Tätigkeit und die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung anpassen. An Beispielen soll exemplarisch berichtet werden, welche Erfahrungen Kliniker, niedergelassene Weiterbilder und Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung mit dem Verbundmodell gemacht haben.

- **Beispiel: Verbundvertrag zwischen der Klinik Itzehoe, Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin Pinneberg, Ärztin in Weiterbildung Frau Dr. Schröder.**

Rahmenbedingungen: viertes Weiterbildungsjahr, Abordnungsvertrag zwischen Klinik und Praxis. Frau Dr. Schröder arbeitet für ein Jahr mit halber Stelle in der pädiatrischen Grundversorgung, mit der anderen halben Stelle ist sie weiterhin in der Klinik tätig und übernimmt auch Spät- und Wochenenddienste. Danach kehrt sie mit voller Stelle an die Klinik zurück.

Dr. Schröder (ÄiW):

Für mich war es interessant zunächst bei Untersuchung und Gesprächsführung dabei zu sein. Später war die Rückmeldung und Diskussion über den Umgang mit eigenen Patienten sehr hilfreich. Ein strukturiertes Weiterbildungs-curriculum könnte meiner Ansicht nach noch konsequenter in der Praxis angewendet werden. Gelernt habe ich neben der Sicherheit in der Durchführung von Vorsorgen und Impfungen, dem Kennenlernen von Praxisalltag und Abrechnungswesen und einem besseren Verständnis für die Kommunikationsprobleme zwischen Klinik und Praxis die schnellere und fokussierte Versorgung von ambulanten Patienten. Ich kann eine solche Weiterbildung, auch wenn später keine Niederlassung angestrebt wird, nur empfehlen.

Dr. Hillebrand (Chefarzt):

Es gab durchaus Anlaufschwierigkeiten. Wir arbeiten hier in einem

3-Schicht-Modell, am Wochenende in einem 2-Schicht-Modell. Da lassen sich halbe Arbeitstage nicht gut integrieren. Der Wunsch der Weiterbilder-Praxis war jedoch verständlicherweise eine regelmäßige Anwesenheit der Assistentin, am besten mit täglich 4 Stunden Arbeitszeit. Da mussten wir einen Kompromiss finden, dies ist im Verlauf dann auch gut gelungen. Mein erster Eindruck ist, dass die Kollegin an Wissen, Selbstständigkeit und Sicherheit gewonnen hat, vor allem in der Betreuung der ambulanten Notfallpatienten – dies war ja auch zu erwarten und ich freue mich, diese Erwartung nun bestätigt zu sehen. Ein gutes Projekt, ein sinnvoller Baustein in der Weiterbildung zum Pädiater – allerdings sollte es aus meiner Sicht keine Verpflichtung zur ambulanten Weiterbildung geben, sondern es sollte eine freiwillige Wahl-Option bleiben, die aufgrund ihrer Attraktivität sicherlich genügend Interessenten anzieht. Das Klinikum Itzehoe macht jedenfalls weiter mit, die nächste Rotation in die Praxis ist bereits fest geplant!

- **Beispiel: Verbundvertrag zwischen der Klinik Heide, der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin Husum und der Ärztin in Weiterbildung Constanze Witt.**

Rahmenbedingungen: Frau Witt sucht den Wiedereinstieg in die Weiterbildung nach einjähriger Elternzeit nach der Geburt von Zwillingen. Zuvor volle Stelle über 4 Weiterbildungsjahre in Kliniken. Für den Wiedereinstieg reduziert sie ihre Vollzeittätigkeit auf halbe Stelle, Abordnung in die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in Husum. Geregelter Arbeitszeiten ohne Schicht-/Nacht- und Wochenenddienste-

Witt (ÄiW):

Das Konzept der Verbundweiterbildung hat mir den Wiedereinstieg in den Beruf trotz der zurzeit hohen persönlichen Belastung überhaupt erst möglich gemacht. Dabei war mir die Option der Rückkehrmöglichkeit in die Klinik und ein festes Gehalt in Höhe der Klinikbezüge wichtig. Terminierte Beobachtung, die Rückmeldungen und das Anvertrauen umschrie-

bener Bereiche im Rahmen der ambulanten Weiterbildung haben Sicherheit gegeben. Die täglichen Besprechungen und der unmittelbare Austausch sowie die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt Rat und eine zweite Meinung einholen zu können, haben die Zeit für mich so wertvoll gemacht und eine solide Basis für meine folgende Weiterbildung in der Pädiatrie geschaffen. Ein Meilenstein in meiner Weiterbildung, den ich nicht missen möchte - weder beruflich noch persönlich: Es war für mich die Chance, mein verloren geglaubtes Wissen und meine Fähigkeiten wieder aufzufrischen und zu erweitern. Und eine Möglichkeit zu erleben, wie erfüllend eine kontinuierliche Betreuung eines bekannten Patientenstamms sein kann.

Dr. Weiß-Becker (Gemeinschaftspraxis, Weiterbilder):

Am Anfang bedarf es tatsächlich einer Umstellung in den Abläufen und es muss Zeit eingeplant werden, um Inhalte zu vermitteln. Mit Frau Witt haben wir die vierte Assistentin weitergebildet und wieder erlebt, dass die investierte Zeit im Verlauf der Weiterbildung am Ende doppelt zurückgegeben wird, indem die zunehmend selbstständigeren Tätigkeit der Ärztin in Weiterbildung auch zu einer Entlastung der Weiterbilder führt. Das kompetenzbasierte Weiterbildungs-curriculum „PaedCompenda“ ist bei der Strukturierung im Praxisalltag hilfreich und fragt nicht, was die Weiterbildungsassistentin weiß, sondern was sie kann. Durch Beobachtung und Rückmeldung und im direkten Austausch auf Augenhöhe kann gemeinsam also sehr schnell entschieden werden, welche Tätigkeiten sich die Weiterbildungsassistentin zutraut und der Weiterbilder auch anvertraut. Diese Tätigkeiten sind dann in der Zukunft selbstständig durchführbar. Das gibt im Arbeitsalltag für alle Beteiligten der Praxis Sicherheit bei der Aufgabenverteilung. Und nicht zuletzt bringt uns Weiterbildung in der eigenen Praxis auch selbst weiter, indem wir uns von den Weiterzubildenden auf die Finger schauen lassen und unsere ärztliche Tätigkeit und die Praxisabläufe hinterfragen lassen und erklären müssen. Und im Rahmen

von Qualitätszirkeln Weiterbildung findet ein regelmäßiger fachlicher Austausch zu Weiterbildungsinhalten und -methoden statt, den ich nicht missen möchte.

Zahlreiche Beispiele könnten folgen und zeigen, dass klare Rahmenbedingungen auf der einen Seite andererseits Raum lassen für individuelle Lösungen. Häufig ist ein Hindernis die Kenntnis dieser Möglichkeiten. Zukünftig sollen daher Informationen zu Weiterbildungsverbänden, zur Weiterbildung und zur Ausbildung auch in der ambulanten Pädiatrie besser in die Reihen der Studierenden, Weiterzubildenden und Weiterbildenden vermittelt werden. Informationsplattformen befinden sich im Aufbau.

Das Fazit: Alle Beteiligten am Weiterbildungsverbund können profitieren, auch wenn manche Hürde zu überwinden ist. Nur gemeinsam können wir die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen und ihren Familien erhalten und verbessern. Und das können wir weiterempfehlen.

Zusammenfassung:

Bei dem diesjährigen Kinder- und Jugendärztetag in Berlin vom 14. bis 16. Juni wurde zum ersten Mal der Preis für exzellente Weiterbildung des BVKJ vergeben. Zu den Preisträgern gehört der Weiterbildungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein, der es Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ermöglicht bei fortlaufendem Weiterbildungsvertrag aus der Klinik heraus für einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren in der ambulanten Grundversorgung Erfahrungen in der ambulanten Pädiatrie zu sammeln. Alle Kliniken der Akutversorgung in Schleswig-Holstein und eine große Zahl von Praxen nehmen an dem Verbund teil, mit einem strukturierten und kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculum **Paedcompenda**[®] erfolgt die qualifizierte Vermittlung aller wichtigen Inhalte der ambulanten allgemeinen Pädiatrie. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (KJÄ) aus Klinik und Praxis sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) stellen das Konzept vor und berichten von ihren Erfahrungen.

Literatur über Dr. Christoph Weiß-Becker

Korrespondenzadresse:

*Dr. Christoph Weiß-Becker
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin Husum
Erichsenweg 16, 25813 Husum
Tel.: 04841-3022
Fax: 04841-870123
Email: kinderaerztehusum@kinderaerzte-im-netz.de
Sprecher der Praxen im Weiterbildungsverbund*

*Dr. Georg Hillebrand
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Str. 2, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821-7722200
Fax: 04821-7722209
Email: g.hillebrand@kh-itzehoe.de
Sprecher der Kliniken im Weiterbildungsverbund*

Red.: WH

5 Jahre Pädiatrie-Modul in Baden-Württemberg

5 Jahre, die sich gelohnt haben, für Ärzte und Patienten

Das vor gut fünf Jahren gestartete Modul für Kinder- und Jugendmedizin als Element des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg hat unsere Erwartungen voll erfüllt. Zusammen mit unseren Vertragspartnern konnten wir als BVKJ wichtige pädiatrische Vertragsinhalte mitgestalten und umsetzen. In anderen Landesverbänden, in denen das Thema auf der Tagesordnung steht, werden unsere Erfahrungen mit großem Interesse wahrgenommen.

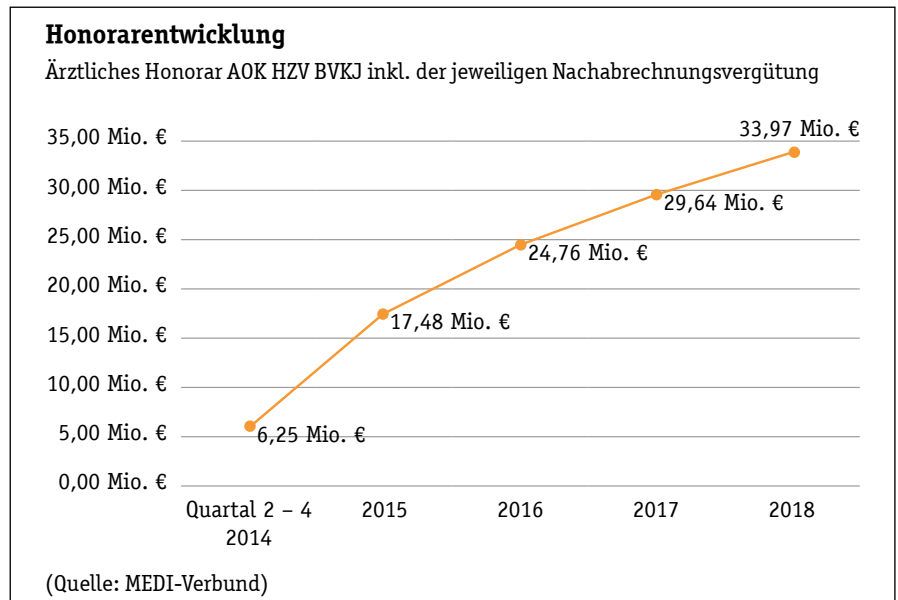
Teilnehmerzahlen unter den Kinder- und Jugendärzten ständig gestiegen

Im 3. Quartal 2019 nimmt etwa die Hälfte der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte (491) am pädiatrischen Modul des HZV-Vertrages in Baden-Württemberg teil, davon 118 angestellte Ärzte. Die Kolleginnen und Kollegen profitieren von einer leistungsgerechten und planbaren Vergütung ohne Abschläge und Mengenbegrenzungen. Die ärztlichen Leistungen orientieren sich am individuellen Krankheitsbild. Verlässliche Rahmenbedingungen, die bessere Bezahlung und weniger Bürokratie stärken die teilnehmenden Praxen und machen den Beruf auch für zukünftige Berufseinsteiger attraktiv.

Erweiterte Vorsorgeleistungen und zusätzliche Leistungen

Zu den wesentlichen Inhalten des Moduls gehört die Erweiterung der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen. Dazu zählen die U10, U11 und J2. Dokumentiert werden diese im zusätzlichen Vorsorgeheft („Paed.Plus“) das der BVKJ hierfür eigens entwickelt hat. Des Weiteren sieht der Vertrag zusätzliche Hör- und Sehtests vor: Das Amblyopie-Screening für Kinder im 2. bis 3. Lebensjahr und die Tympanometrie sind exklusive Mehrleistungen, die sehr gut ankommen, und die es in der Regelversorgung so nicht gibt.

Bei Seh- und Hörproblemen sind wir Kinder- und Jugendärzte erste Anlaufstelle. Außerdem haben wir mit diesem Vertrag die Möglichkeit, uns intensiv um Patienten mit sozialpädiatrischen Problemen



zu kümmern. Das Spektrum ist sehr gut abgebildet, was insbesondere für Patienten aus sozialen Brennpunkten enorm wichtig ist. So ermöglicht der Vertrag etwa sozialpädiatrische Beratungen der Eltern durch den Kinder- und Jugendarzt oder Abstimmungsmöglichkeiten mit Einrichtungen wie der Kindertagesstätte. Wir können somit auf die verstärkt auftretenden psychosozialen Probleme im Kindes- und Jugendalter besonders eingehen.

Deutlich bessere Honorierung

2018 lag der Umsatz aus diesem Vertrag bei knapp 34 Millionen € und damit über 15 Prozent höher als im Vorjahr. Der durchschnittliche Fallwert betrug 82,53 € gegenüber durchschnittlich 66 € in der Regelversorgung. Ab 1.10.2019 wird die kontaktabhängige Behand-

lungspauschale P2 um 2 € angehoben, was den Fallwert weiter steigen lässt.

Auch der erhöhte Versorgungsaufwand im ersten sowie im zweiten und dritten Lebensjahr wird besonders berücksichtigt. Gut und wichtig ist auch die kontakturnabhängige Grundpauschale, um die Basiskosten und vertragspezifischen Qualitäts- und Leistungsanforderungen, z.B. die Psychosomatik, abzudecken. Auch der optionale Zuschlag auf die P1 zur Vergütung des Präsenzlabors wird von vielen Kollegen geschätzt, zumal man in der Regelversorgung bei den Laborkosten quasi draufzahlt. Die Abrechnung ist sehr übersichtlich und einfach. Nur zu Beginn ist ein gewisser organisatorischer Aufwand erforderlich. Um als Kinder- und Jugendarzt an dem Vertrag teilnehmen zu können, müssen gewisse Voraussetzungen hinsichtlich Praxis-

ausstattung und persönlicher Qualifikation erfüllt sein. Bedingung ist auch die Teilnahme an drei Qualitätszirkeln und drei Fortbildungen pro Jahr.

Ebenfalls anhaltende Steigerung bei den teilnehmenden Versicherten

Die Teilnehmerzahlen bei den Versicherten wachsen auch nach fünf Jahren um rund 5.000 pro Quartal. Bei den Ärzten sehen wir durchaus noch etwas Potenzial, weitere Teilnehmer zu gewinnen. Die Teilnahme lohnt sich speziell dann, wenn Praxismerkmale u.a. mit Fokus auf grundversorgender Pädiatrie oder Deckelung der Patientenzahlen (Regelleistungsvolumen) gegeben sind.

Teilnehmerentwicklung

| Quartal | Versicherte |
|---------|-------------|
| Q4/2014 | 44.155 |
| Q4/2015 | 92.674 |
| Q4/2016 | 124.129 |
| Q4/2017 | 146.533 |
| Q4/2018 | 165.844 |
| Q3/2019 | 179.236 |

(Quelle: AOK Baden-Württemberg)

Neu: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Besonders im Kindes- und Jugendalter ist bei psychischen Störungen wie beispielsweise Depressionen, Angststörungen oder Schizophrenie eine frühzeitige und gezielte medizinische und therapeutische Versorgung essenziell, um einer Chronifizierung und lebenslangen Beeinträchtigung entgegenzuwirken. Daher hat die AOK Baden-Württemberg gemeinsam mit dem BVKJ, mit Allgemeinärzten und Psychiatern sowie Psychotherapeuten und dem Sozialen Dienst der AOK die **multidisziplinäre Versorgung** zu einem psychosozialen alltagsnahen Hilfenetz zusammengeführt. Sie schafft die Möglichkeit für einen schnelleren Zugang zu einer Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Dazu trägt unter anderem bei, dass delegierbare Leistungen verstärkt sozialpsychiatrischen Mitarbeitern übertragen werden können. Das Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie ist Bestandteil des AOK-Facharztvertrags

Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP) und startete am 1. April 2019.

Weitere Vorteile

Gut angenommen werden die **Hyposensibilisierungen**, die deutlich besser honoriert werden als in der Regelversorgung. Sie wurden bei Patienten mit Allergiebeschwerden allein im vergangenen Jahr rund 10.500 mal durchgeführt. Die Eltern der Patienten schätzen besonders die finanzielle Entlastung bei den Arzneimitteln, z.B. bei Jugendlichen mit einer Neurodermitis. Denn **die nicht rezeptpflichtigen, aber apothekenpflichtigen Arzneimittel (OTC-Präparate) – wie etwa Antiallergika oder Hautpflegeprodukte – sind im Unterschied zur Regelversorgung bei den 12-18-jährigen verordnungsfähig.**

Gerade bei Patienten aus einkommensschwächeren Verhältnissen bestünde ohne diese Ausnahmeregelung die Gefahr, dass ihre Erkrankung nicht suffizient behandelt würde. Ein wichtiger Beitrag ist die Einzelleistung ‚**Transition**‘, die einen nahtlosen Übergang von der pädiatrischen in die allgemeinärztliche Versorgung von chronisch kranken jungen Erwachsenen sicherstellt. Die Leistung könnte noch häufiger in Anspruch genommen werden. Evtl. ist sie noch zu wenig bekannt.

Gute Zusammenarbeit der Partner

Mit dem **Pädiatrie-Modul** des HZV haben wir sicherlich auch **bundesweit Maßstäbe** gesetzt. Der bedarfs- und qualitätsorientierte Vollversorgungsvertrag bietet passende Antworten auf aktuelle Herausforderungen für die medizinische Versorgung unserer Patienten. Bei den Verhandlungen konnten wir Gestaltungsspielräume nutzen und zentrale Inhalte einbringen. Die Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern MEDI Baden-Württemberg e.V., AOK Baden-Württemberg und Hausärzterverband/ HÄVG sowie der Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG funktioniert nach wie vor partnerschaftlich und konstruktiv.

Hausärztlich ausgerichtete Kinder- und Jugendärzte bleiben in der hausärztlichen Versorgung erkennbar, denn unser Bereich unterscheidet sich deutlich von der allgemeinärztlichen Versorgung. Das Pädiatrie-Modul im HZV-Vertrag trägt dem Rechnung.

Die Erfahrungen der vergangenen fünf Jahre haben gezeigt, dass Gestaltung nur gemeinsam geht. Neue Ideen kamen und kommen von beiden Seiten, so dass wir resümieren können:

- Unser inhaltlicher Einfluss als mit der realen alltäglichen Versorgungssituation vertraute Kinder- und Jugendärzte ist im Selektivvertrag deutlich größer als in der Regelversorgung, wo nicht selten sinnvolle pädiatrische Gestaltungsspielräume und -initiativen nach der Austarierung der verschiedenen Fachinteressen am Ende auf der Strecke bleiben.
- Allerdings hat die Konkurrenz der beiden Systeme inzwischen auch dazu geführt, dass das KV-System sich immer wieder Anregungen aus dem Selektivvertrag holt und nachzieht. Leider erreicht man dann aber meist nicht unser Niveau. Das baden-württembergische Modell ist einfach innovativer.

Was bleibt noch zu tun

Auch wir als Kinder- Jugendärzte stehen vor der Herausforderung, dass in den nächsten Jahren viele Kolleginnen und Kollegen in den Ruhestand gehen und Nachfolger nicht in gleichem Maße zur Verfügung stehen werden. Wir arbeiten daher an einem **Konzept zur Förderung der pädiatrischen Weiterbildung**, dessen Umsetzung im Rahmen des Vertrages finanziell unterstützt werden soll.

In Zukunft werden wir zudem sicher **vermehrt delegierbare Leistungen** wie beispielsweise präventive und kurative Beratung zu Pflege oder zur Ernährung sowie die Übernahme von wichtigen Testungen an unsere nichtärztlichen Assistentinnen übertragen. Wir haben deshalb den Vorschlag in die Diskussion eingebracht, zukünftig einen **Zuschlag für besonders qualifizierte MFA** einzuführen – analog zur VERAH (*Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis*) in der HZV bzw. EFA (*Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis*) in den Facharztverträgen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Klaus Rodens, Vorstand BVKJ

89128 Langenau

E-Mail: klausrodens@t-online.de

Dr. Roland Fressle, LV-Vorsitzender

Baden-Württemberg, 79110 Freiburg

E-Mail: rfressle@rfressle.de

Red.: WH

Weiterbildung in der Praxis – lästig oder lässig?

Die Belastung durch Digitalisierung und Bürokratie wird größer, die Versorgungslücken in der ambulanten Pädiatrie wachsen bei steigender Inanspruchnahme. Neben dem Praxisbetrieb Assistenzärztinnen und -ärzte weiterzubilden, erscheint lästig. 23 Jahre nachdem ich im „gegenseitigen Einvernehmen“ frustriert meine erste Weiterbildungsstelle nach wenigen Wochen verließ, frage ich mich, was man besser machen kann?



Christian Steuber

Motivation zum Einstieg als Weiterbilder in der Praxis

Sie kennen die sich einstellende Langeweile: „Nein, es ist keine schwerwiegende Krankheit, lindernde Maßnahmen sind ausreichend, seien Sie unbesorgt!“. Den oft eintönigen Praxisalltag durch die Weitergabe der eigenen Erfahrungen an junge Kolleginnen und Kollegen zu bereichern, hilft, dem Trott zu entfliehen. Andere Motivationen für die Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis sind die Fragen: Wer wird mal mein/e Nachfolger/in? Wie kann ich meine Praxis attraktiv halten? Mache ich alles richtig? Ist meine Praxis der bessere Arbeitsplatz, als die benachbarte Uniklinik?

Wie sieht der Alltag der Weiterbildung in einer großen Praxis aus?

Wir, die „Praxis Arche für Kinder und Jugendliche“, 10 Ärztinnen und Ärzte, zwei davon in Weiterbildung, tätig an drei Standorten westlich von Freiburg, versuchen diese Fragen zu beant-

worten. Dieser Satz beschreibt bereits eine wichtige Maxime: Wir begegnen unseren Patienten als Institution. Dies erleichtert es, den Familien unsere Nachwuchsärztinnen „zuzumuten“, die Patientenbetreuung abzugeben und die Qualität unserer Arbeit weniger mit den Persönlichkeiten zu verknüpfen. Nebenbei ist damit die Teilzeittätigkeit aller Teammitglieder besser zu vereinbaren, als in einer Eminentz-geführten Praxisatmosphäre. Aber auch bei uns hat jedes Kind *seine* Ärztin oder *seinen* Arzt.

Andere organisatorische, technische und teamdynamische Mittel helfen uns bei der Aufgabe „Weiterbildung 2.0“: Alle 4-6 Wochen trifft sich das gesamte Team zur Besprechung. Die Themen wurden in der Zwischenzeit in einem Pseudopatienten „QM-Teamsitzung“ im Arztförderungssystem (AIS) gesammelt. Jede/r kommt zu Wort, ein Protokoll hält Ergebnisse fest. Zusätzlich gibt es für ärztliche Themen jedes Quartal ein „Samstagfrühstück“, bei dem auch peinliche fachliche Fragen einen Platz haben.

Die Weiterbildung begleiten wir durch frühzeitiges „Mach Du jetzt Mal, ich schaue zu!“. Im Rahmen des **evaluierten webbasierten Weiterbildungscurriculums** „ePaedcompenda“ (www.paedcompenda.de) der DGAAP versuchen wir sicherzustellen, dass Weiterbildungsinhalte umfassend behandelt werden. Hierbei helfen uns **mit Video aufgezeichnete Behandlungssituationen** (Einverständnis der Eltern vorausgesetzt), bei denen ich als Facharzt nicht im Raum bin. Zwar müssen diese hinterher zeitaufwendig gemeinsam angeschaut werden, haben aber schon manches Missverständnis aufgelöst. Die nahegehenden Beobachtungssituationen einer Videoaufzeichnung führen zu aufrichtigen Gesprächen über fachliche und persönliche Fähigkeiten

ten und lassen auch mich profitieren. Sei es, weil Fragen aufgeworfen werden, die auch ich nicht beantworten kann oder weil ich, beeindruckt durch die Empathie meiner Weiterbildungsassistentin, mehr auf mein eigenes Alltagsverhalten gegenüber Patienten achte.

Die Inhalte des Curriculums, z. B. Durchführung von Impfungen, Vorsorgen oder Umgang mit Krankheitsbildern, wie Obstipation, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen u. a. können online oder auf Papier detailliert „abgearbeitet“ werden, um den ÄiW den „Führerschein“ für die „anvertrauten professionellen Tätigkeiten“ (ATP) zu erteilen. Ob man diese zeitaufwendige Prozedur für *jede* APT oder nur einzelne Abläufe beispielhaft bearbeitet, bleibt den Beteiligten überlassen. Bei uns hängt dies von der Alltagsbelastung und den Vorerfahrungen der ÄiW ab.

Ein **einheitlicher EDV-Arbeitsplatz** existiert in allen **zehn Behandlungszimmern**, den **Funktionsräumen** und den **individuellen Homeoffice-Plätzen**. Diese ermöglichen allen ÄiW und FÄ ihre Patienten umfassend durch Bearbeitung und Mitteilung auch von zu Hause zu betreuen oder Dokumentation und Abrechnung zu vervollständigen. Dafür wird den angestellte FÄ und ÄiW **20-25% der bezahlten Arbeitszeit ohne Sprechstundenbelegung zur Verfügung gestellt**.

Um sich ähnlich **PädInform** rasch fachlich auszutauschen, benutzen die Praxisärztinnen und -ärzte eine **geschlossene Chatgruppe** unter Wahrung der Patientenanonymität.

Jeder Arzt-Patienten-Kontakt wird im AIS durch **arztindividuelle Pseudoziffern** gekennzeichnet, wodurch uns Weiterbildern das Auffinden der Behandlungsfälle erleichtert wird, um konsequent, später stichprobenartig die Behandlungswege der ÄiW zu überprüfen

und beratend tätig zu werden. Fragen der ÄiW können in To-do-Listen der FÄ zur Beantwortung abgelegt werden.

Fazit und Anregung

Wir betreiben einen großen Aufwand, der durch das hohe Engagement des ge-

samten Teams belohnt wird und sich darin auszahlt, Patientenbetreuung abgeben zu können, gleichzeitig aber die eigene Vorstellung von ärztlicher Arbeit und Fürsorge erhalten und den eigenen Akku aufladen hilft. Vielleicht motivieren Sie diese Ideen, sich in der Weiterbildung zu engagieren.

Korrespondenzanschrift:

Christian Steuber
Praxis Arche für Kinder und Jugendliche
Preisträger des BVKJ-Preises für exzellente Weiterbildung 2019, 79232 March
E-Mail: steuber@kinderaerzte-team.de

Red.: WH

Pressemitteilung des BVKJ vom 27.08.2019

Kinder- und Jugendärzte üben scharfe Kritik an Ergebnissen der Honorarverhandlungen für 2020
// BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach: „Mit diesen Honoraren können wir unsere Praxen nicht mehr wirtschaftlich führen!“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) übt scharfe Kritik an den gestern von KBV und GKV vorgelegten Ergebnissen der aktuellen Honorarverhandlungen.

BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach: „Der Orientierungswert, also der Preis für die ärztliche Leistung, soll im nächsten Jahr um 1,52 Prozent steigen. Zum Vergleich: Alleine im Juli 2019 ist die Teuerungsrate um 1,7 Prozent gegenüber dem Vorjahresmonat gestiegen. Das bedeutet: Energiekosten, die Preise für Mieten, medizinische Geräte, Praxisbedarf etc. steigen stärker als unsere Honorare.“

Vor allem die Gehälter unserer Mitarbeiterinnen sind in letzter Zeit kontinuierlich und deutlich gestiegen; sowohl für die vielen Medizinischen Fachangestellten (MFA), die übertariflich bezahlt werden, als auch für die nach Tarif bezahlten MFA und MFA-Auszubildenden.

Dies finden wir nur richtig und gut, denn ohne angemessene Bezahlung ist es in Zeiten des demographischen Wandels unmöglich, gute Arbeitskräfte zu finden. Allerdings arbeiten MFA anders als etwa Handwerker nicht eigenständig, sondern unterstützen uns hauptsächlich. Und anders als bei Handwerkern stellen wir ihre Leistungen nicht gesondert in Rechnung. Das bedeutet: wir erwirtschaften unsere Honorare fast ausschließlich alleine und müssen damit die Gehälter unserer Mitarbeiterinnen bezahlen.

Mit der nun vereinbarten Honorar-Erhöhung von 1,52 Prozent wird das nicht gelingen, sie deckt nicht einmal ansatzweise die gestiegenen Praxiskosten und insbesondere die Personalkosten. Wir verlieren also. Angesichts dieser Tatsache fragen wir uns, wo die im Koalitionsvertrag hervorgehobene Stärkung der sprechenden Medizin bleibt. Vor allem auch,

wie wir die steigende Zahl unserer chronisch kranken Kinder und Jugendlichen versorgen sollen.

Bereits heute werden viele unserer Leistungen nicht vergütet. Unsere Kolleginnen und Kollegen investieren schon heute vielfach nicht mehr in ihre Praxen, sie arbeiten an der Grenze zur Selbstausschöpfung. Wir haben zunehmend Schwierigkeiten, Nachfolger für unsere Praxen zu finden. Junge Ärztinnen und Ärzte tun sich den Stress bei gleichzeitig schlechten Honoraren nicht mehr an und bleiben in den Kliniken. Die Kinder- und Jugendmedizin droht auszubluten. Unser Berufsstand ist in seiner Substanz gefährdet, und damit auch die Gesundheit der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen, wenn aus dem Blick gerät, dass Arztpraxen auch Wirtschaftsunternehmen sind. Es gibt also bei der EBM-Reform nun dringend Nachbesserungsbedarf.

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Es knirscht zwischen den Sektoren – die DAKJ hält dagegen

Nachdem die Bertelsmann-Stiftung Mitte Juli empfohlen hatte, die Zahl der Kliniken in Deutschland von 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser zu reduzieren, ging der große Streit zwischen den ambulant und den stationär orientierten Verbänden so richtig los.

Hintergrund

Die Autoren der Bertelsmann-Studie schlagen einen zweistufigen Aufbau einer neuen Krankenhausstruktur vor. Neben Versorgungskrankenhäusern mit durchschnittlich gut 600 Betten soll es etwa 50 Unikliniken und andere Maximalversorger mit im Schnitt 1.300 Betten geben. Aktuell hat ein Drittel der deutschen Krankenhäuser weniger als 100 Betten. Die Bertelsmann Stiftung verspricht sich von einer Schließung von Standorten, dass damit die Versorgungsqualität und die Personalausstattung bei Ärzten und dem Pflegepersonal verbessert werden sollen. Die Idee stieß allerdings sogleich auf breite Kritik von Politik, Ärzten und Patientenvertretern.

Konzept der Intersektoralen Gesundheitszentren der KBV

In einem von der KBV in Auftrag gegebenen Gutachten (http://www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten.pdf) hat die Universität Bayreuth das Konzept der Intersektoralen Gesundheitszentren entwickelt: Kleine, defizitäre Krankenhäuser sollen so umgebaut werden, dass Standorte grundsätzlich erhalten bleiben und die Alltagsversorgung sichergestellt werden kann.

Wie die Pädiatrie sich aufstellt

Auch die Pädiatrie ist nicht untätig geblieben und hat „Forderungen für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems für Kinder und Jugendliche“ formuliert:

Als Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften und Verbände Deutschlands begrüßt die DAKJ ausdrücklich, dass sich die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag darauf verständigt haben, die Zusammen-

arbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen auszubauen und Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems vorzulegen. Dies soll im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der TI geschehen. Die dafür eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich im September 2018 konstituiert und will bis 2020 konkrete Vorschläge vorlegen.

Grundvoraussetzung einer guten sektorenübergreifenden Versorgung ist **ausreichendes und gut qualifiziertes Personal**. Im Hinblick auf den sich bereits jetzt abzeichnenden Mangel an FachärztInnen u.a. aufgrund von abnehmenden Lebensarbeitszeiten und höherer Teilzeitbeschäftigungsquoten muss die **Zahl der Medizinstudienplätze schnellstmöglich um mindestens 30 % erhöht** werden. Auch die erhebliche **Fachkräftelücke in der Kinderkrankenpflege muss durch Stärkung der Ausbildung und Erhalt der Erstqualifikation „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ geschlossen werden**.

Die DAKJ weist darauf hin, dass bei der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung Besonderheiten zu berücksichtigen sind, die Kinder- und Jugendliche spezifisch von Erwachsenen unterscheiden. Die DAKJ bietet allen Mitgliedern der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ihre fachkundige Expertise bei der konkreten Ausgestaltung der Vorschläge für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung an. Dabei sollten aus unserer Sicht insbesondere **folgende Punkte** berücksichtigt werden:

1. Flächendeckend integrierte Kinder-Notfallzentren

Das BMG plant integrierte Notfallzentren als gemeinsame Einrichtungen

der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser – ein wichtiger Schritt zur **Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung**. Diese sind allerdings nicht primär auf die besonderen Bedürfnisse kranker Kinder und deren Eltern ausgerichtet. Es darf nicht zu einer weiteren Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung führen. In zahlreichen Regionen haben sich bereits seit vielen Jahren **kinderärztliche Notfalldienste in Kooperation mit und in den Räumlichkeiten von Kinderkliniken** mit großem Erfolg und Akzeptanz etabliert. Dieses System sollte im Sinne von integrierten Kinder-Notfallzentren mit einem gemeinsamen Empfangs-Tresen für alle Notfälle bei Kindern und Jugendlichen flächendeckend ausgebaut werden. Nach einer Zuweisung in das integrierte Kinder-Notfallzentrum kann dort mittels Triage die Dringlichkeit eingeschätzt und entweder eine Direktversorgung oder eine Weiterleitung zur adäquaten Versorgung (z.B. in kinder- und jugendärztliche Praxen während der regulären Praxisöffnungszeiten) eingeleitet werden.

In welcher Rechtsform die integrierten Notfallzentren betrieben werden sollen, muss geklärt werden (wer ist Vertragspartner der Patienten und der MitarbeiterInnen?). Das darf aber keinesfalls dazu führen, dass ein dritter Sektor entsteht. Das würde dem Gedanken einer sektorenübergreifenden Versorgung zuwiderlaufen.

Zudem müssen Fragen bzgl. der inkompatiblen Abrechnungssysteme, des Datenschutzes und auch gesellschaftsrechtliche Fragen geklärt werden. Daher ist u.a. dafür zu sorgen, dass für den Betrieb eines gemeinsamen Aufnahmebereichs datenschutzrechtliche Bestimmungen zwischen dem Kran-

kenhausinformationssystem und dem KV-Datensatz aufeinander abgestimmt sind und Einverständniserklärungen rechtssicher abgegeben werden können. Es muss sichergestellt werden, dass es auch in Zukunft funktionierende ambulante kinderärztliche Notdienste gibt und sich Kinder- und Jugendkliniken noch weiter für den ambulanten Bereich öffnen können.

2. Zentrale (Notfall-)Leitstellen

Der hohen Frequentierung der Kinder-Notaufnahmen an Kliniken durch häufig der Grundversorgung zuzuordnende Patienten muss entgegengewirkt werden. Ein Beitrag dazu kann Resultat des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz sein, in dem u.a. vermittelt werden soll, wie man sich als Patient/Eltern im Gesundheitssystem, hier speziell in einer Notfallsituation, verhalten sollte und wie man sich orientiert.

Die von den KVen in Deutschland bundesweit eingeführte einheitliche Rufnummer 116117 für den ärztlichen

Bereitschaftsdienst, unter der ärztliche Hilfe in nicht lebensbedrohlichen Situationen angefordert werden kann, ist aus unserer Sicht für eine erste Triage ein grundsätzlich geeignetes Mittel, in der Bevölkerung aber noch zu wenig bekannt. Bei der Einschätzung von Anfragen zu Kinder-Notfällen muss ärztlich-pädiatrischer Sachverstand eingebunden werden. Damit könnte eine nachhaltige Entlastung der Kindernotaufnahmen erreicht werden. Je nach Dringlichkeit soll für den Anrufer die passende Versorgung empfohlen werden: entweder eine kinder- und jugendärztliche Praxis, ein integriertes Kinder-Notfallzentrum oder der Einsatz des Rettungsdienstes.

3. Koordinierte Bedarfsplanung

Die völlig veraltete **Bedarfsplanung bedarf einer nachhaltigen Überarbeitung**, die den aktuellen Rahmenbedingungen (u.a. höherer Betreuungsaufwand, geringerer Arbeitsstundenumfang pro Kinder- und Jugendarzt,

demografischer Wandel, Migrationsaspekte) insbesondere in den ländlichen Regionen gerecht wird. Auch die an Jahres-Durchschnittszahlen orientierte Kapazitäts-/Bettenbedarfsplanung bei Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche muss sich zukünftig am tatsächlichen unterjährigen Bedarf orientieren.

Eine moderne sektorenübergreifende Versorgungsplanung sollte sich von einer reinen Kapazitätsplanung lösen, die sich vorrangig an der Zahl der Arztsitze bzw. Krankenhausbetten orientiert. Vor der Bestimmung von Behandlungskapazitäten sollte regionalspezifisch der tatsächliche Bedarf an medizinischen Leistungen im Bereich der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ermittelt werden.

Um die Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum nachhaltig zu verbessern, könnte eine Aufhebung der strikten Trennung zwischen DRG- und EBM-gestützter Finanzierung hilfreich sein (Stichwort: **sektorenübergreifendes Vergütungssystem**).

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing

Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

4. Kooperation der Gesundheitsberufe

Durch ein **verbessertes Case-Management** (insbesondere eine gute sektorenübergreifende Koordinierung im Entlassmanagement, die z.B. Kindern, Jugendlichen und Familien mit besonderem Bedarf auch soziale Betreuungsangebote zur Seite stellt), eine Ausweitung des tagesklinischen Versorgungsangebotes, bessere und verbindlichere Terminabsprachen z.B. mittels einheitlicher Terminverwaltungssysteme sowie moderne EDV-Portalsysteme können Parallelstrukturen abgebaut, Mehrfachuntersuchungen und Kosten reduziert werden. Dafür qualifiziertes (zusätzlich erforderliches) Personal bedarf einer ausreichenden Gegenfinanzierung im Bereich aller Sektoren.

Die **Förderung und Finanzierung der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin (mit einem verpflichtenden Teil in der pädiatrischen ambulanten Grundversorgung)** sollte analog der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gesetzlich verankert werden. Innovative Weiterbildungsver-

bünde zwischen Kliniken und Praxen mit Kooperationsmodellen zur Facharztausbildung fördern systematisch die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

In den Praxen sollte die strikte Präsenzpflicht und im Klinikbereich die restriktiven Bedingungen bei der Erteilung persönlicher Ermächtigungen liberalisiert und adäquate Gegenfinanzierungen geschaffen werden, um ausreichende Anreize für Hochschulabsolventen setzen zu können, einen pädiatrischen Weiterbildungsweg einzuschlagen.

5. Digitalisierung, Telematische Infrastruktur

Damit der Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen (E-Health) zu einer besseren Vernetzung der Schnittstellen im Gesundheitswesen beitragen kann, muss eine Niedrigschwelligkeit und eine rechtssichere Datenschutzkompatibilität für alle Beteiligten genauso sichergestellt sein wie eine volle Gegenfinanzierung für die Leistungserbringer.

6. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienste erfüllen individual- und bevölkerungsbezogene Aufgaben in Prävention, Gesundheitsförderung und ergänzender oder subsidiärer Gesundheitsversorgung. Im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge sind sie an Planungs-, Koordinierungs- und Gestaltungsprozessen beteiligt, die im Kontext einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit noch stärker zum Einsatz kommen sollten. Dabei kann der ÖGD das Instrumentarium aufsuchender Beratung und begleitender Nachsorge nutzen (z.B. nach Krankenhausentlassung von Risikokindern; Reintegration von Schulkindern nach Krankenhausaufenthalt etc.). Als vorteilhaft erweisen sich dabei eine multiprofessionelle Ausstattung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (zum Beispiel mit sozialmedizinischen Assistentinnen) und die Arbeit in lokalen Netzwerken nicht nur mit Leistungserbringern, sondern

auch mit den Systemen Jugendhilfe, Soziales, vorschulischer und schulischer Bildung, kommunaler Förderangebote etc. Deshalb sollten diese Möglichkeiten unterstützt und bedarfsabhängig ausgebaut werden.

Die Mehrzahl der Ländergesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst benennt und fordert explizit Aufgaben betriebsmedizinischer Betreuung von Kindern in Schule und Kita. Bestehende Aktivitäten reichen von der Primärprävention bis zur Organisation von Notfallmanagement und dem koordinierten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften. Durch Stärkung und Ausbau wären entlastende Effekte für das Gesundheitsversorgungssystem zu erwarten. Maßgebliche Verbesserungen der Gesundheitskompetenz könnten durch eine Stärkung des ÖGD gerade hier, in sei-

ner Arbeit für und in Gemeinschaftseinrichtungen, befördert werden, da er sowohl Eltern, als auch wichtige Multiplikatoren niedrig schwellig erreichen kann.

Es müssen Möglichkeiten für die Leistungserbringer gefunden werden, auf die unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen des SGB V und SGB VIII zugreifen zu können, um auch in diesem Bereich den betroffenen Patienten sektorenübergreifende Versorgungsangebote anbieten zu können.

Verfasst und gezeichnet wurde diese Stellungnahme von folgenden Personen:

- Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär DAKJ
- Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident BVKJ
- Dr. med. Ulrike Horacek, Beisitzerin des DGSPJ-Vorstandes

- PD Dr. med. Burkhard Rodeck, Generalsekretär DGKJ
- Jochen Scheel, Geschäftsführer GKinD e.V.

Hier der Link zu dem Papier https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2019/06/Sektoren%C3%BCbergreifende-Versorgung-Forderungspapier-P%C3%A4diatrie_Komm.-inkl.-Unterschriften.pdf

Zusammenstellung:

Kathrin Jackel-Neusser
Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation des BVKJ

E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

Honorarbericht der KBV für das Jahr 2016

Der hier mit doch ziemlicher Verspätung berichtete Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit enthält die an alle Kinder- und Jugendärzte für die Behandlung von Versicherten der GKV ausgezahlten Honorare. Umsätze aus Selektivverträgen, privatärztlicher Tätigkeit, Unfallversicherungen usw. sind in dieser Zusammenstellung nicht enthalten.

Im Jahr 2015 haben die Kinder- und Jugendärzte pro Arzt im Durchschnitt 3.742 Versicherte der GKV behandelt, im Jahr 2016 hingegen 3.813. Die Umsatzsteigerung pro Patient betrug also nur 1,11 %, deutlich unterhalb der Inflationsrate und der Kostensteigerungen.

Zahlen für die Jahre 2017 und 2018 hat die KBV bislang nicht veröffentlicht. Da ist unser Honorarausschuss wesentlich

schneller. Die Honorarentwicklung der Kinder- und Jugendärzte aus 2017 hat Dr. Bartzky in Heft 12/2018 auf S. 768 ff. veröffentlicht (Fallwert 62,77 €, Umsatz 275.431 €). Die bei der DV in Bad Orb vorgestellten Zahlen aus dem Jahr 2018 werden wir in der Novemбераusgabe dieser Zeitschrift veröffentlichen.

Die vollständigen Tabellen für alle Arztgruppen finden Sie unter folgenden Links:

https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_1_2016.pdf

https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2016.pdf

https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_3_2016.pdf

https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_4_2016.pdf

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Fachgruppe Kinder- und Jugendärzte

| Quartal | Honorarumsatz je Arzt in € | Honorarumsatz je Behandlungsfall in € |
|-------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 1/2015 | 56.696 | 56,09 |
| 1/2016 | 57.604 | 56,50 |
| 2/2015 | 54.179 | 60,07 |
| 2/2016 | 56.281 | 60,41 |
| 3/2015 | 51.919 | 58,97 |
| 3/2016 | 53.320 | 59,91 |
| 4/2015 | 54.722 | 57,66 |
| 4/2016 | 56.874 | 58,58 |
| Gesamt 2015 | 217.516 | 58,20 |
| Gesamt 2016 | 224.079 | 58,85 |

Quo vadis Europa – Spring-Meeting der ECPCP

Kurz vor den Wahlen für das Europaparlament fand im Frühjahr vom 26.-28.04.19 das turnusmäßige Treffen der ECPCP in Bratislava statt. In Kooperation mit dem Verband für Primary Pediatric Care der slowakischen medizinischen Gesellschaft wurde samstags ein Symposium zum Thema „Early Childhood Development (ECD)“ veranstaltet.



SYMPOSIUM: ECPCP – Slovakian Association PPC

Die neuesten Daten zu „Ernährung und Entwicklung in der frühen Kindheit“ stellte Sophia Backhaus (WHO) vor. Die Mortalität von Kindern unter 5 Jahren ist in Europa bekannterweise niedrig verglichen mit anderen Regionen weltweit. Kinder in Europa haben spezifische Bedürfnisse und Sorgen bezüglich ihrer Entwicklung, die weniger ernährungsbedingt sind. Leider gibt es keine guten vergleichenden Studien für die Lö-

sung dieser „europäischen“ Probleme in den unterschiedlichen Versorgungssystemen in Europa.

Die MOCHA-Studie (Models of Child Health Appraised) zeigt die Diversität der pädiatrischen Versorgungssysteme in Europa auf. Daraus resultiert die Hauptforderung nach Entwicklung eines einheitlichen europäischen Rahmenmodells für die frühkindliche Entwicklung (ECD):

- Welche Prädiktoren in der frühen Kindheit sind ausschlaggebend für die weitere Entwicklung?

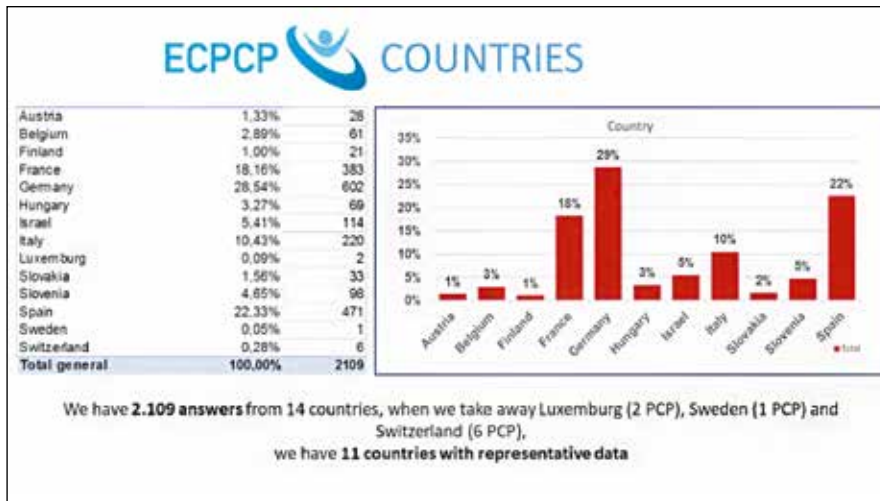
- Welche Früherkennungsuntersuchungen haben den größten Erfolg?
- Welche Interventionen sind erforderlich?
- Wie erreichen wir eine optimale Förderung für frühkindliche Entwicklung? Es wird ein Kapitel über ECD im **European Pocket Book for Primary Care** der WHO gefordert. Es gilt, die **Bedürfnisse in der frühen Kindheit** zu definieren:

- Förderung der emotionalen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung
- Körperliche Gesundheit und Entwicklung
- Kindererziehung und Familien

Die frühkindliche Entwicklung als hochsensitive Periode soll im Fokus weiterer Untersuchungen und Forschungsarbeiten auf europäischer Ebene stehen.

Elke Jäger-Roman (PCP, Berlin) erläuterte die **Zusammenhänge zwischen sozio-ökonomischem Status in der Familie und Entwicklungsproblemen von Kindern** bei der Einschulung anhand deutscher Daten. Der Einfluss von Genetik und Epigenetik auf die menschliche kognitive Entwicklung liegt laut aktuellen Studien bei 50-60%. Eine Studie mit 1090 Kindern und Jugendlichen (3-20 Jahre) zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen geringem Ausbildungsgrad der Eltern und niedrigem Familieneinkommen auf der einen Seite und Strukturveränderungen des Gehirns in den Bereichen, die für die kognitiven Fähigkeiten verantwortlich sind. Weitere Studien weisen darauf hin, dass selbst kurze Fördermaßnahmen zur Verbesserung der kognitiven Leistungen führen.

Jozef Suvada (Gesundheitsministerium Slowakei) vom St. Elisabeth College in Bratislava stellte die **standardisierten diagnostischen und therapeutischen Algorithmen zu ECD in der Slowakei** vor, u.a. validierte Elternfragebögen und



14 Ländern haben teilgenommen. Aus Deutschland beteiligten sich 602 niedergelassene Pädiater und stellten so die größte Gruppe.

An dieser Stelle nochmals herzlichen Dank an alle Teilnehmer!

Es zeigten sich interessante Unterschiede in Diagnostik und Therapie. In Ungarn und Deutschland messen die Kollegen der Rötung des Trommelfells einen deutlich höheren Stellenwert bei der Diagnose AOM ein als in den anderen Ländern.

Bei einem 6 Monate alten Säugling mit unilateraler AOM (milde Otalgie, Temp.38.5C) behandeln mehr als 75% aller PCP aus Finnland, Frankreich, Italien und Spanien sofort mit Antibiotika, während in Deutschland 56 % abwarten und kontrollieren.

Bei einem 25 Monate alten Kind mit bilateraler AOM ist die abwartende Haltung in allen Ländern nahezu gleich. Hier zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied bei der unterschiedlichen pädiatrischen Berufserfahrung – je kürzer die Berufserfahrung desto schneller der Einsatz von Antibiose.

Die gesamten Ergebnisse der Umfrage sollen in Kürze veröffentlicht werden.

Die **Arbeitsgruppe „Prevention and Vaccination“** verfasste eine Stellungnahme zur Gefährdung von Kindern durch Mikroplastik und zur problematischen Nutzung der digitalen Medien („Screen-Time“).

In der **WG „Curriculum“** wurde die Revision des aktuellen Curriculums der ECPCP diskutiert und die Fertigstellung der EPAs (Entrustable Professional Activity) vorangetrieben. (Mehr Infos unter www.ecpcp.eu)

Das nächste Treffen der ECPCP findet vom 8.-10.11.2019 in Lyon statt.

Im Rahmen des Herbstkongresses in Bad Orb trifft sich die offene Gruppe der Europa AG am Freitag, den 11.10.2019, um 10:00 Uhr in der Hotel Lobby. Interessierte sind zum Schnuppern und/oder Mitarbeiten herzlich willkommen!

Korrespondenzanschrift:

Karin Geitmann
58095 Hagen
Delegierte des BVKJ für EAP und ECPCP
E-Mail: k.geitmann@web.de

Red.: WH

grundsätzliche Vorgehensregeln bei auffälligen Ergebnissen.

Auch der **österreichische Pädiater Geiger** betonte die Bedeutung der frühen Intervention und der interprofessionellen Zusammenarbeit bei ECD, dargestellt am regionalen Projekt im Vorarlberger Kinderdorf.

In der sich anschließenden offenen Diskussionsrunde wurden verschiedene Aspekte aus teilnehmenden Ländern zu Problemen in der primären allgemeinen Pädiatrie erörtert.

Beata Kartousova (PCP) erläuterte die Situation der PCP (primary care pediatrician) im Gastgeberland Slowakei:

- Durchschnittsalter der PCP = 58,8 Jahre
- hohe Arbeitslast (Praxistätigkeit + Notdienst bis 22 Uhr; Burnout)
- geographische und sozio-ökonomische Unterschiede
- geänderte Vorstellungsanlässe hin zu den gesprächsintensiven „neuen Morbiditäten“
- Nachwuchsprobleme.

Von weiteren Referenten wurde die Notwendigkeit des ungehinderten Primärkontakts der Kinder und Jugendlichen zum PCP betont, die Unterschiede zur Versorgung durch GPs dargestellt, Aufgaben und Kompetenzen in der PPC weltweit aufgezeigt und letztlich ein Ausblick auf die **Zukunft der Paediatric Primary Care** gegeben.

ECPCP Spring Meeting

Eingerahmt wurde das Symposium von den Arbeitssitzungen der **ECPCP**. Freitag-nachmittag nahm die Generalversammlung den Aufnahmeantrag von **HDPSP** (Croatian Society of Preventive and Social

Pediatrics) und **FIMP** (Italian Federation of Paediatricians) an. Damit erhöht sich die Anzahl der Mitglieder in der ECPCP auf 22 Gesellschaften aus 18 Ländern, d.h. **ca. 30.000 PCP in Europa**.

In dem Bemühen, die pädiatrischen Kräfte in Europa zu bündeln und ihnen mehr Gehör zu verschaffen, wurde ein **Memorandum of Understanding** zwischen EPA-UNEPSA und ECPCP verabschiedet. Durch eine Statutenänderung ist es jetzt auch Organisationen wie der EPA möglich, sich der ECPCP anzuschließen (ohne Stimmrecht).

Berichte aus den verschiedenen Ländern:

In **Slowenien** und **Ungarn** ist der Status der PCP politisch gefährdet, auch in **Tschechien** klagen die PCP über Unterstützungsprobleme von Seiten der nationalen Politik. In **Italien** findet zur Zeit eine Studie über gesunde Entwicklung im Säuglingsalter und Muttermilchernährung statt. Die französischen Delegierten berichten von ermutigenden Ergebnissen nach Einführung der Impfpflicht für z.B. Masern. Mehrere Teilnehmerländer berichten von Aktivitäten wie digitalem Impfausweis, Einführung der HPV-Impfung und auch Einsatz von partieller Impfpflicht. Dies wird weiterhin besonders die Arbeitsgruppe Impfen und Prävention beschäftigen.

Arbeitsgruppen:

Erste Ergebnisse zur Umfrage zur **Diagnostik und Therapie der akuten Otitis media** bei PCP aus 2018 wurden vorgestellt. Insgesamt 2109 PCP aus

Einsichtnahme in die Patientenakte – Das Ende der Kostenerstattungspflicht durch die DS-GVO?

Einleitung // Der Patient hat ein schutzwürdiges Interesse daran, zu wissen, was in seiner Behandlungsakte steht. Verfassungsrechtlich gründet sein Einsichtnahmeanspruch auf seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung als Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts. Seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 ist der Anspruch in § 630g BGB verbrieft. In ständiger Übung und auf Grundlage von § 630g Abs. 2 BGB knüpften Ärzte bisher die Übersendung von Kopien aus der Behandlungsakte an die vorherige Erstattung der damit verbundenen Kopier- und Portokosten. Durch die DS-GVO könnte dieser Praxis die Rechtsgrundlage entzogen worden sein.



Christian Maus

Die Regelungen des BGB zur Einsicht in die Patientenakte

Gemäß § 630g Abs. 1 S. 1 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. § 630g Abs. 2 S. 1 BGB berechtigt den Patienten, Abschriften seiner Patientenakte, auch elektronische, zu verlangen, wobei er nach § 630g Abs. 2 S. 2 BGB dem Arzt die entstandenen Kosten zu erstatten hat. Vorleistungspflichtig ist der Patient, bis zur Zahlung darf der Arzt sein Zurückbehaltungsrecht ausüben. Hinsichtlich

der Höhe der Kopierkostenerstattung werden 50 Cent pro Kopie als vertretbar angesehen.

Das Einsichtsrecht in die Patientenakte nach der DS-GVO

Seit dem 25.5.2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) unmittelbar in jedem Mitgliedsstaat der Europäischen Union und ist in allen ihren Teilen verbindlich, Art. 99 Abs. 2 DS-GVO. An diesem Tag ist zudem das „neue“ Bundesdatenschutzgesetz (BDSG n.F.) in Kraft getreten. Nach § 1 Abs. 5 BDSG n.F. finden die Vorschriften des BDSG n.F. keine Anwendung, soweit das Recht der Europäischen Union, insbesondere die DS-GVO, unmittelbar gilt. Damit hat der deutsche Gesetzgeber den **Vorrang der DS-GVO vor dem BDSG n.F.** zum Ausdruck gebracht. Dieser Vorrang korrespondiert mit der unmittelbaren Wirkung der EU-Verordnungen in den nationalen Rechtsordnungen, die diese aufgrund ihrer Rechtsnatur und ihrer Funktion als Rechtsquellen haben, auch ohne, dass nationale Durchführungsmaßnahmen erforderlich sind. Es ergibt sich also ein **unmittelbarer Anwendungsvorrang der DS-GVO auch gegenüber dem BGB**, das damit in den Kollisionsfällen unanwendbar wird.

Erwägungsgrund 63 S. 2 DS-GVO sieht vor, dass eine betroffene Person das Recht haben soll, Auskunft über ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten, etwa Da-

ten in ihrer Patientenakte, zu verlangen. Kodifiziert wird der Auskunftsanspruch in Art. 15 DS-GVO: Nach Art. 15 Abs. 1 DS-GVO hat die betroffene Person (hier: der Patient) das Recht, von dem Verantwortlichen (hier: dem Arzt) eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob die Person betreffende Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten zählen, verarbeitet werden. Ist dies der Fall, besteht ein Recht auf Mitteilung bestimmter Informationen, wobei Art. 15 Abs. 3 S. 1 DS-GVO zusätzlich vorsieht, dass der Verantwortliche eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung stellt. Da Art. 15 DS-GVO nur einen Auskunftsanspruch beinhaltet, kann ein Einblick in die Originalbehandlungsunterlagen weiterhin ausschließlich auf § 630g BGB gestützt werden.

Dass aber **die vom Arzt auf Anforderung bereitzustellende „Erstkopie“ nach der DS-GVO kostenfrei** ist, ergibt sich aus Art. 15 Abs. 3 S. 2 DS-GVO, der bestimmt, dass „für alle weiteren Kopien“, die die betroffene Person verlangt, ein „angemessenes Entgelt auf Grundlage der Verwaltungskosten“ verlangt werden kann. **Eine Kostenerstattung kann also nur für Kopien verlangt werden, die vom Betroffenen nach der Erstkopie begehrt werden.** Auch Art. 12 DS-GVO, der die Grundsätze transparenter Informationspolitik des Verantwortlichen bestimmt, sieht in Abs. 5 vor, dass alle Mitteilungen und Maßnahmen nach Artikeln 15 bis 22 und Artikel 34 unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden.

Zusammenfassung

Auch wenn die DS-GVO datenschutzrechtliche Ziele verfolgt und § 630g BGB insbesondere der Wahrung des Rechts des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung dient, beide Regelungen also unterschiedliche Zielsetzungen haben, sollte der

Arzt, der mit einem Einsichtsbegehren in die Patientenakte mittels Übersendung von Kopien konfrontiert wird, diese kostenfrei übermitteln, da es in Kollisionsfällen einen klaren Anwendungsvorrang der DS-GVO vor dem BGB gibt, und die DS-GVO den Anspruch auf eine kostenfreie Überlassung einer Erstkopie vorsieht.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. Christian Maus, Dipl.-Hist. Univ.
Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Medizinrecht, 40213 Düsseldorf
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de*

Red.: WH

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

*eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot*

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing




Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de



Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen im digitalen Zeitalter

Spielen, Liebe/Sexualität/Zärtlichkeit und soziale Kommunikation sind drei natürliche, existenzielle und wesentliche Aspekte des menschlichen Verhaltensrepertoires und zugleich wichtige Determinanten der individuellen Entwicklung auch bei Kindern und Jugendlichen. Die Digitalisierung zeigt Auswirkungen auf diese drei Verhaltensbereiche, denn neben positiven Veränderungen können sich durch die Digitalisierung auch Gefährdungen für Kinder und Jugendliche entfalten: im Bereich des Spielens als Gaming Disorder (Computerspielabhängigkeit), im Bereich der Liebe/Sexualität/Zärtlichkeit als altersunangemessene Exposition mit pornografischem Material (Internetpornografie) und als Online-Sexsucht und im Bereich der sozialen Kommunikation als Cybermobbing, als Gebrauch sozialer Medien zur Inszenierung des Selbst und des eigenen Lebens (eines Schönheits- oder Ernährungsideals oder einer Selbstverletzung) oder als exzessive Online-Kommunikation (Messaging). Die Digitalisierung der Gesellschaft stellt Kinder und Jugendliche, deren Eltern wie auch Erzieher und Lehrer, Berater, Psychotherapeuten und Ärzte vor neue Problemlagen und Störungsbilder. Die Phänomene sind in ihren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung noch wenig untersucht und randomisiert-kontrollierte Longitudinalstudien fehlen weithin. Die Dynamik der technischen Entwicklung und Industrieinteressen erschweren die Wahrnehmung von dysfunktionalem Nutzungsverhalten betroffener Personen.



**Dipl.-Psych. Dr. phil.
Frank Wolfgang Paulus¹**

Alexander von Gontard¹

Susanne Ohmann²

Christian Popow²

Einleitung

Im globalen digitalen Report für das Jahr 2018 (1) wird als Hauptereignis erwähnt, dass bei der Anzahl der Internetnutzer weltweit die Vier-Milliarden-Grenze überschritten wurde, d. h., mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung (53 %) nutzt das Internet. 250 Millionen Neunutzer sind zwischen Januar 2017 und Januar 2018 dazugekommen. Es wird mehr Zeit online verbracht (durchschnittlich sechs Stunden täglich), wodurch sich die Gesamtzeit im Internet für alle Nutzer weltweit zwischen Januar 2017 und Januar 2018 auf die Dauer von einer Milliarde Jahre kumuliert. Mehr als drei Milliarden Menschen nutzen aktiv digitale soziale Medien, die Anzahl der Nutzer sozialer Plattformen ist weltweit täglich um eine Million neuer Nutzer angestiegen. In Europa sind 80 von 100 Menschen Internetnutzer (das bedeutet 6 % Wachstum im Berichtszeitraum) und 53 % aktive Nutzer sozialer Medien (d.h. Wachstumsrate von 8 %). Im Report ist Deutschland mit 91 % Internetnutzer und 46 % aktiven Nutzern sozialer Medien ausgewiesen, während Südkorea 93 % Internetnutzer und 84 % aktive Nutzer sozialer Medien und Nordkorea 0,06 % Internetnutzer und 0,06 % aktive Nutzer sozialer Medien verzeichnen.

Der Branchenverband Game (2) gab im August 2018 bekannt, dass der Umsatz der Videospielebranche in Deutschland im ersten Halbjahr 2018 auf 1,5 Milliarden Euro gestiegen ist. Zu diesem Wachstum trugen vor allem Spiele-Apps für Smartphones und Tablets bei, die mittlerweile 680 Millionen Euro Umsatz ausmachen. Mit klassischen Computerspielen wird weniger Geld eingenommen, mit virtuellen (Zusatz-)Angeboten in Spielen mehr. Nach Mitteilung des amerikanischen Branchenverbandes ESA wurde 2018 mit Videospiele ein Umsatz von 43,8 Milliarden Dollar erzielt (3).

Repräsentative Studien belegen für alle Altersklassen (Vorschulalter, Kindesalter, Jugendlichenalter) eine hohe Medienverfügbarkeit und beeindruckende Nutzungszeiten (4-6). Durch technische Innovationen (Bedienung über berührungssensiblen Touchscreen, Körperbewegungen und Spracheingabe) hat sich in den letzten Jahren das „Einstiegsalter“ bei digitalen Medien zum Vorschul- und Kleinkindalter hin abgesenkt, und die Digitalisierungskampagne (und die parallel betriebene Kommerzialisierung) schickt sich an, auch die frühe Kindheit als Altersbereich einzubeziehen. Das Kriterium der „Entwicklungsaltersangemessenheit“ wird bei der digitalen Kommerzialisierung

¹ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland

² Universitäts-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

rung der frühen Kindheit ignoriert, und Digitalisierungsapologeten lassen die vielfältigen empirischen Evidenzen zu problematischen Befunden unberücksichtigt (7). Warnende Empfehlungen von pädiatrischen Fachverbänden (8) bleiben unberücksichtigt. Für das Kleinkind-, Kindes- und Jugendlichenalter ist aktuell und wahrscheinlich weiterhin von einer dynamischen Entwicklung der digitalen Medien auszugehen. Deren Nutzung ist als gesellschaftliche Entwicklungstendenz irreversibel, und Vorteilhaftes lässt sich mit vielen positiven Aussichten, z.B. des Zugangs zu mehr Informationsquellen, verbinden. Dennoch: Das, was nützt, kann auch schaden!

Dysfunktionale Entwicklungen der Digitalisierung bei Kindern und Jugendlichen

Spielen, Liebe/Sexualität/Zärtlichkeit und soziale Kommunikation sind drei natürliche, existenzielle und wesentliche Bestandteile des menschlichen Verhaltensrepertoires und zugleich wichtige Determinanten der individuellen Entwicklung auch bei Kindern und Jugendlichen. Bei ihnen können sich aber klinisch relevante Störungen durch die Nutzung digitaler Medien entwickeln. Die gefährlichen Wirkungen können sich bei Kindern und Jugendlichen entfalten als:

1. Gaming Disorder (GD, Spielstörung oder Computerspielabhängigkeit) (9),
2. süchtig machende Nutzung von Internetpornografie (10) oder
3. Einsetzen von Geräten digitaler Kommunikation und „social media“ zur Sichtbarmachung und Inszenierung des Selbst und der eigenen Lebensgestaltung. Als Ausformungen sind exzessive Onlinekommunikation (11), spezifisches Essverhalten (Orthorexia (12) oder Anorexia) oder nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (13) zu betrachten.
4. Einsetzen von Geräten digitaler Kommunikation und „social media“ zum Cyber-Mobbing / Cyber-Bullying (14).

Diese Verhaltensweisen sind als pathologische, nicht-stoffgebundene Verhaltenssüchte in Analogie zu einer stoffgebundenen Abhängigkeit zu erfassen (15). Für sie gilt in gleicher Weise, dass es bei der reduzierten Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation erheblichen Mutes und großer Anstrengung des betroffenen

Patienten (und der Behandler) bedarf, die süchtigen Nutzungsmuster zu reflektieren und zu verändern. Der Forschungsstand und die Inanspruchnahme von Beratung und Therapie lassen sich im Fall von Gaming Disorder als fortgeschrittener, bei Internetpornografie, Cybermobbing und der digitalen Inszenierung in sozialen Medien als schwächer beschreiben. Dementsprechend fokussieren die folgenden Ausführungen Gaming Disorder mit kursorischen Anmerkungen zu den drei anderen dysfunktionalen Verwendungsweisen digitaler Medien (Internetpornografie, Inszenierung des Selbst, Cybermobbing).

Gaming Disorder (GD) (Computerspielabhängigkeit)

Nosologie

Die Spielstörung ist aktuell nicht als eigenständiges psychisches Krankheitsbild nach ICD-10 erfasst, was auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass der Nosologie des ICD-10 vor mehr als 25 Jahren der Siegeszug digitaler Medien fremd war. Demgegenüber lehrt die tägliche klinische Erfahrung der letzten Jahre, dass digitale Spielversionen Unterhaltungsformate klinischer Relevanz haben, die in Diagnostik, Prävention und Behandlung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Gefährliche Wirkungen treten ein, wenn

1. die exzessive Nutzung die weitere biopsychosoziale Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen beeinträchtigt, sodass entwicklungsphasentypische (motorische, sprachliche, sozio-emotionale) Kompetenzen nicht erworben werden können. Aktivitäten wie Teilnahme am Schulunterricht, Wissenserwerb in der Ausbildungsstelle und im Hobby, Beteiligungsmemberschaften oder Sport werden vernachlässigt oder gänzlich aufgegeben.
2. aus der exzessiven Nutzung sekundär körperliche Probleme (z.B. Schlafstörung, Tag-Nacht-Umkehr, ungesunde Ernährung, Außerachtlassen von Hygiene, Ausscheidungsbeschwerden und Ausscheidungsstörungen, Kopfschmerzen, Adipositas, Gelenksbeschwerden, trockene Augen) oder psychische Symptome und Störungen (Depression, Angst, Halluzinationen, Suizidalität) entstehen.
3. auf der Basis prämorbid oder komorbid bestehender psychischer Störungen die exzessive Computer- und Internetnut-

zung zum dysfunktionalen Lösungsversuch oder zur aufrechterhaltenden Bedingung ebendieser psychischen Störungen (ADHS, Depression, Angststörungen, Autismus-Spektrum-Störungen [ASS]) wird.

Häufiges Spielen gewalttätiger Computerspiele bei Kindern und Jugendlichen steht darüber hinaus in Zusammenhang mit einer Zunahme an aggressivem Verhalten, Gedanken und Gefühlen, an emotionaler Abstumpfung gegenüber Gewalt und vegetativer Erregtheit sowie abnehmender Hilfsbereitschaft (17).

Die (Not-)Lösung zur Klassifikation innerhalb des ICD-10 besteht bislang in einer Kodierung unter „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (ICD-10: F63.8): „...Person kann des Öfteren den Impulsen, sich auf eine bestimmte Art zu verhalten, nicht widerstehen...“. Hierbei handelt es sich allerdings um eine heterogene Kategorie, in der gleichermaßen Fälle von pathologischem Glücksspiel, Kleptomanie, Pyromanie und Trichotillomanie eingeordnet werden. Allein diese Heterogenität dokumentiert die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des nosologischen Systems.

Ein erster Meilenstein in der Medizingeschichte der Spielstörung war 2013 mit der erstmaligen Nennung der „Störung durch Spielen von Internetspielen“ (Internet Gaming Disorder) im DSM-5 (16) in der Rubrik „Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“ erreicht. Das DSM-5 definiert einen persistierenden und wiederkehrenden Internetgebrauch zum Spielen, der zu klinisch relevanten Beeinträchtigungen und Leiden führt und mindestens fünf (von neun) Kriterien erfüllt, welche in einem zwölfmonatigen Zeitraum vorkommen:

1. übermäßige Beschäftigung mit Internetspielen,
2. Entzugssymptomatik,
3. Toleranzentwicklung,
4. erfolglose Kontrollversuche,
5. Interessensverlust für andere Aktivitäten,
6. fortgesetztes Spielen trotz Wissens um negative Konsequenzen,
7. Täuschen bedeutsamer Bezugspersonen über das Ausmaß,
8. Internetspielen, um negative Gefühle zu beenden oder zu reduzieren,
9. Gefährdung oder Aufgeben einer Beziehung, des Jobs oder von schulischen- bzw. Karrierechancen.

Unvorteilhaft erscheint an der DSM-5-Konzeption jedoch die Begrenzung auf internetbezogene Spieltätigkeiten, was die Nutzungsmuster von Vorschul- und Grundschulkindern und von Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen vielfach ausschließt.

Im Sommer 2018 folgte als zweiter Meilenstein die erste Veröffentlichung der „Gaming Disorder“ (GD, Spielstörung), die für das zukünftige ICD-11 als neue eigenständige Krankheitseinheit vorgeschlagen wird (18). Sie ist im Kapitel „durch Verhaltensüchte verursachte Störungen“ unter der Kodierung 6C51 zu finden (Tabelle 1). Damit wird die Zuständigkeit des medizinischen Versorgungssystems für die Erkennung und Behandlung der GD anerkannt. Über das ICD-11 und damit auch diesen Vorschlag soll 2019 abgestimmt werden.

Wenn das Spielen von Computerspielen zur Störung im Sinne einer Abhängigkeit werden kann, sollten dann die Computerspielanbieter nicht die Prävention von, Therapie bei und Forschung zu GD finanziell umfassend unterstützen im Sinne einer Abgabe oder Besteuerung? Die Spieleindustrie (Stiftung der Spiele-Entwicklerfirmen) entgegnete in einer Stellungnahme auf die Ankündigung der WHO, GD als Krankheitseinheit ins ICD-11 aufzunehmen (19), dass Spielen gefahrlos sei und vernünftig genossen werde. Es bereite einen vielfältigen persönlichen Nutzen. Die Diagnose GD sei hochgradig umstritten und nicht beweiskräftig. Zuletzt stelle die Etablierung der Diagnose eine Gefahr für die moralische Ordnung der Gesellschaft und ein Missbrauch der Diagnostik dar. Zwischen dieser tendenziösen Sichtweise, erklärlich durch die Umsatz- und Gewinninteressen der Spieleindustrie, und den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen und Handlungserfordernissen des medizinischen Versorgungssystems eröffnet sich eine weite Kluft.

Prävalenz

Die durchschnittliche Prävalenz der GD beläuft sich bei ausschließlicher Berücksichtigung repräsentativer Studien auf 2 %, bei zusätzlichem Einschluss klinischer Inanspruchnahmepopulationen steigt die mittlere Häufigkeit der GD auf 5,5 % (9). Es ist eine starke Jungenlastigkeit zu verzeichnen. Das Jugendlichenalter ist relativ gut untersucht, das Grundschulalter weniger, über das Vorschulalter

liegen nur sehr wenige Befunde vor, obgleich in dieser Altersphase die entscheidenden Weichen für das zukünftige Spielverhalten gestellt werden.

Ätiologie

Die Ätiologie der GD ist multikausal. Es besteht ein komplexes Zusammenspiel zwischen verschiedenen internalen Faktoren:

- exekutive Störungen,
- Dysregulation des Belohnungssystems,
- geringe Selbstwirksamkeitserwartungen,
- Identitätsproblematik,
- strukturelle und funktionelle neurobiologische Auffälligkeiten,
- komorbide psychische Störungen

und unterschiedlichen externalen Faktoren:

- familiäre Faktoren wie Beziehungsprobleme mit den Eltern, mangelnde Kontrolle, elterliche Rollenmodelle zum Medienumgang,
- soziale Faktoren wie soziale Isolierung, nicht erfüllte Zugehörigkeitsgefühle, Bedeutungsverlust der Realwelt,
- spielbezogene, dem Medium inhärente Faktoren wie Spielbindung durch getätigte Investitionen an Zeit und Geld, Weiterentwicklung der Spielwelt auch

in Spielpausen mit Verantwortungs- und Pflichtgefühl den Mitspielern gegenüber bei Pausen und Nichthandeln, Immersion und Flow-Erleben, Realitätsnähe der Grafik, zunächst kostenlose Spiele mit späterem teuren Item-Zukauf (Free2Play oder F2P für „kostenlos zu spielen“) und

- dem gesellschaftlicher Kontext wie Digitalisierungskampagne der aktuellen Regierung; Verdienstinteressen der Spiele-Industrie; die Verortung der GD im ICD-11.

In der Abbildung 1 werden in einem integrativen Modell (übersetzt und modifiziert aus (9)) Aspekte der Ätiologie zusammengefasst.

Diagnostik

Vor der Behandlung ist es bedeutsam, in jedem Einzelfall die individuell relevanten Entstehungsfaktoren, Kontexte und Motivstrukturen des Patienten in einem bio-psycho-sozialen Entstehungsmodell mit ihm gemeinsam zu erarbeiten, was zugleich einen ersten therapeutischen Zugang im Sinne einer interessierten und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zum Patienten ermöglicht. Die Fachperson sollte zumindest Basiskenntnisse von der virtuellen Welt des Kindes bzw. des / der Jugendlichen haben und eine neugierige

Tab. 1: Das Krankheitsbild Gaming Disorder (GD, Spielstörung) in der ICD-11

| |
|---|
| <p>Die GD ist charakterisiert durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Spielverhalten am Bildschirm („digitales Spielen“ oder „Videospiele“), das online oder offline sein kann.</p> <p>Sie ist gekennzeichnet durch folgende drei Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Beeinträchtigung der Kontrolle über das Spielen (z.B. über Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext des Spielens); 2.) zunehmende Priorität des Spielens (Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten); 3.) Fortsetzung oder Zunahme des Spielens trotz des Auftretens negativer Folgen: Das Verhaltensmuster ist so schwerwiegend, dass es zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt. <p>Das Muster des Spielverhaltens kann kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend sein. Es besteht in der Regel über einen Zeitraum von über 12 Monaten (dieses Zeitkriterium kann verkürzt werden, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind).</p> <p>Unterschieden werden:</p> <p>6C51.0: GD, überwiegend online (d.h. über das Internet)</p> <p>6C51.1: GD, überwiegend offline (d.h. nicht in erster Linie über das Internet durchgeführt)</p> <p>6C51.Z: GD, nicht spezifiziert (als nichtspezifizierte Restkategorie)</p> <p>Ausschluss von: Glücksspielsucht, bipolare Störung</p> |
|---|

Haltung einnehmen können. Eine Haltung, mit der das Spielverhalten quasi nur als blödsinniges Tun oder zu vermeidende oder gar zu eliminierende Störung gesehen wird, würde dem Patienten / der Patientin, den Bedürfnissen und Zielen (und letztlich der Verhaltensänderung bei ihm / ihr) nicht gerecht werden.

Die Anamnese und Diagnostik greift körperliche und psychische Symptome und komorbide Erkrankungen auf, wobei insbesondere nach ADHS, depressiven und Angststörungen zu fragen ist. Möglichst genau sollten zusätzlich die Spielzeiten (*Wann? – Wo? – Wie lange?*), die Spielarten (*Welches Genre – Welche/s Spiel/e mit welchen Inhalten? – Altersbegrenzungen?, Mit wem? – Gegen wen?*) und die Motivstrukturen in einer Motivati-

onsanalyse (*Wozu, warum spielst Du?*) erfragt werden. Die detaillierte Anamnese erfordert das Überprüfen der Kernsymptome der DSM-5-Kriterien und ebenso der daraus folgenden Beeinträchtigungen. Zusätzlich sollten ergänzende Fragen gestellt werden, etwa zu den Gewohnheiten bei den Eltern und Geschwistern in der Mediennutzung, zur Informiertheit der Eltern über den Medienkonsum des Kindes, zu Mediennutzungsregeln (*Welche Mediennutzungsregeln bestehen im Haushalt? – Werden sie eingehalten?*) und zu Veränderungen in den schulischen Leistungen und im Freizeitverhalten.

Ergänzend zu den beschriebenen Anamneseeinhalten liegen normierte Fragebögen vor. Bewährt hat sich die Skala zum Computerspielverhalten bei Kindern und

Jugendlichen (CSVk-S) mit einer Unterteilung in normal, Missbrauch und Abhängigkeit (20) und die Compulsive Internet Use Scale (CIUS) mit einem Grenzwert für Abhängigkeit (21).

Prävention

Wie ist eine wirksame Prävention zu erreichen? Die Wahrscheinlichkeit einer GD ist allgemein geringer, wenn die Ressourcen des Kindes im Sinne einer universellen Prävention gestärkt werden. Weniger von einer Abhängigkeit betroffen sind Kinder mit einem positiven Selbstwertgefühl, einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung, hohen sozialen Kompetenzen und einer Fähigkeit, mit den eigenen Gefühlen gut umzugehen. Im Bereich der Umwelt wirken ein gutes soziales Netzwerk, positive Peerbeziehungen und die begrenzte Verfügbarkeit von elektronischen Endgeräten protektiv. Dadurch wird eine Realitätsflucht in die virtuelle Welt, um dort diese Erfahrungen zu machen, überflüssig.

Eine gute Eltern-Kind-Beziehung (emotionale Nähe) führte in einer Longitudinalstudie zu einem reduzierten Ausmaß an GD-Symptomen, wohingegen sich restriktive Vorschriften, Bestimmungen und Anweisungen als nicht wirksam erwiesen (22). Eine herzliche und warme Familienatmosphäre wirkt generell protektiv (23). Eine erfolgreiche GD-Prävention bezieht die Eltern mit ein (z.B. Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehungen (24), Verbesserung des Konfliktmanagements, Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern).

Eltern sind die zentrale Instanz für die frühe Prävention einer GD. Sie sind das Modell der Mediennutzung für ihre Kinder und handeln idealiter zugleich erzieherisch im Aufstellen und Durchsetzen von Mediennutzungsregeln. Eltern scheuen bisweilen davor zurück, Frustrationen hervorzurufen, obwohl Kinder durch Mediennutzungsregeln den Umgang mit diesen Medien erlernen können. Eltern legen (bewusst oder unreflektiert) fest, mit welchen Medien, in welchem Ausmaß und unter welchen Rahmenbedingungen (beiläufig-unkontrolliert, kontrolliert und gezielt, begleitet oder allein) ihr Kind (schon als Säugling, Klein- und Vorschulkind) eigene Medienkontakte hat (7). In diesem Zusammenhang ist an die Empfehlungen zu einer gesunden „Mediendiät“ der amerikanischen pädiatrischen Fachgesellschaft anzuschließen (siehe Tabelle 2).

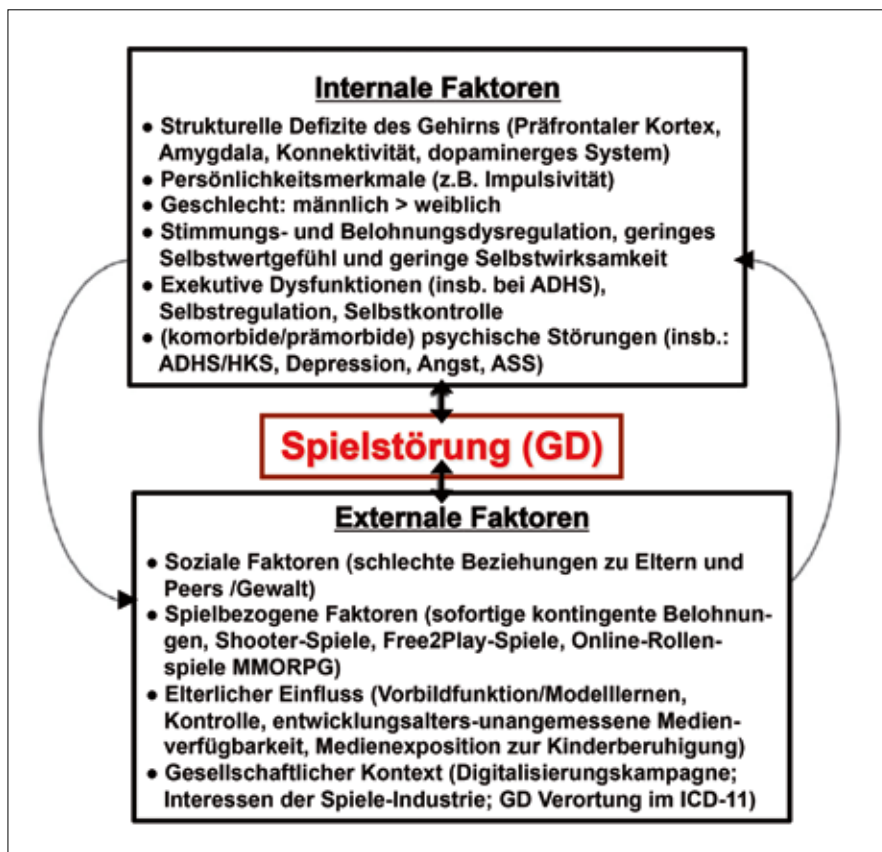


Abb. 1: Integriertes Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Spielstörung (GD, Computerspielabhängigkeit) mit Risiko- und Kontextfaktoren.

Abkürzungen:

ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung

ASS = Autismus-Spektrum-Störung

F2P = Free2Play (kostenlos zu spielen)

GD = Gaming Disorder (Spielstörung)

HKS = Hyperkinetische Störung

MMORPG = Massively Multiplayer Online Role-Playing Game (Massen-Mehrspieler-Online-Rollenspiel)

Abbildung übersetzt und modifiziert aus: Paulus et al., 2018, Systematic review IGD, DMCN

Tab. 2: Empfehlungen der amerikanischen pädiatrischen Fachgesellschaft zum Medienkonsum bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen – (www.healthychildren.org/MediaUsePlan; siehe auch (7, 37, 38):

- unter 18 Monaten grundsätzlich keine Medienerfahrung
- von 18 bis 24 Monaten: pädagogisch hochwertige Medien unter Begleitung / Anwesenheit einer Bezugsperson. Keine selbstständige Mediennutzung in diesem Alter!
- Keine Verwendung zur Ablenkung der Kinder oder als Pseudo-Babysitter!
- Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren: Bildschirmzeit weniger als eine Stunde pro Tag, diese Stunde bezogen und begrenzt auf gemeinsam wahrgenommene pädagogisch hochwertige Angebote
- Ab sechs Jahren: konsequente Begrenzungen der Mediennutzungszeiten. Medien sollen generell nicht die zeitlichen Phasen für Schlaf, Sport oder andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen einnehmen.
- Keine Bildschirme im Schlafzimmer der Kinder (kann z. B. mit Adipositas oder mit der Exposition unangemessen sexueller Inhalte assoziiert sein)
- Keine Mediennutzung während der Mahlzeiten. Medienfreie Räumlichkeiten (Schlafzimmer, Essraum) einrichten.
- Ausreichend Zeit und Raum ohne elektronische Medien; diese Zeit auch für körperliche Tätigkeiten nutzen.
- Keine Medien während der Lern- und Hausaufgabenzeit, außer diese werden explizit für das Lernen benötigt (auch dann sollte der Gebrauch kontrolliert werden).
- Schulen sollten klare Regeln aufstellen, wie die Kinder die bereitgestellten Medien zu verwenden haben.
- Keine Mediennutzung, um Kinder zu beruhigen (d.h. Gefahr, dass Kinder ansonsten ihre selbstregulativen Fähigkeiten nicht entwickeln)
- Nicht genutzte Medien sollten ausgeschaltet werden, also kein im Hintergrund laufender Fernseher!
- Der Medienkonsum der Kinder sollte kontrolliert werden, und Apps und Programme sollten – vor der Benutzung durch die Kinder – selbst gesichtet bzw. angeschaut werden.
- Bildschirmzeit sollte auch für Jugendliche nicht mehr als ein bis höchstens zwei Stunden pro Tag betragen.
- Eltern sollten gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen Fernsehen, Filme und Videos schauen und diese im Anschluss nachbesprechen und diskutieren.
- Aufstellen eines konkreten „Mediennutzungsplans“ mit klaren und nachvollziehbaren Regeln.
- Eltern bzw. Bezugspersonen sollten sich vor dem Kind in Bezug auf den Gebrauch und Umgang mit Medien einig sein.
- Eltern sollten ebenfalls ihren Medienkonsum in Anwesenheit der Kinder minimieren, da ein starker Gebrauch sich negativ auf die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes auswirken kann.

Präventive Maßnahmen können verschiedenlich ansetzen (25):

- 1 Einschränkung des Zugangs zu problematischen Spielen bzw. Spieltypen (z.B. Zugang mit Altersbegrenzungen; technische Hindernisse, die eine Spielfortsetzung erschweren; Untersagen von Smartphones und mobilen Spielkonsolen innerhalb der Schulräumlichkeiten, wie in Frankreich im September 2018 landesweit eingeführt; Auslisten von Spielkonsolen in Kaufhäusern; Werbeverbote im Fernsehen; elterliche Kontrollmaßnahmen wie die Einschränkung der Nutzungszeit (Zeitkontroll-Apps) und des Zugriffs auf problematische Inhalte („Whitelists“ für geprüfte Kinderseiten, „Blacklists“ für gefährdende Angebote).
- 2 Versuche, Risiken und schädliche Wirkungen zu reduzieren wie z.B. Warnbotschaften wie „Dieses Spiel erfordert lange Spielzeiten.“, spielstatistische Angaben wie die mit dem Spiel verbrachte Lebenszeit.
- 3 Unterstützungsmaßnahmen für Problemspieler wie z.B. Beratungsangebote, andere Hilfsangebote durch geschultes Fachpersonal.

In ostasiatischen Ländern wurden wegen der dortigen Aktualität und Intensität des Problems staatliche Gesundheitspläne zur Prävention von GD erstellt (26). Die Präventionsansätze wurden zumeist nicht systematisch auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert.

Sind präventive Maßnahmen nicht ausreichend, wird es notwendig, gezielte und intensivere Interventionen einzusetzen.

Therapie

Ein initiales Problem liegt in der reduzierten Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation eines Kindes oder Jugendlichen mit GD, müssen doch von diesem positiv Bewertetes (Wirksamkeitserfahrungen, Status, soziale Kontakte, finanzieller Einsatz, investierte Zeit) aufgegeben und für's Erste durch unattraktive wirkende Handlungsalternativen ersetzt werden.

In der Praxis haben sich (kognitiv-) verhaltenstherapeutische Methoden (im Einzel- und Gruppensetting) bewährt mit folgenden Elementen: Aufbau von Veränderungsmotivation und einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung,

Psychoedukation, Protokollierung des Problemverhaltens, Erstellung eines individuellen bio-psycho-sozialen Störungsmodells, Selbstwahrnehmung und Selbstmanagement des pathologischen Mediennutzungsverhaltens, Analyse und Veränderung von dysfunktionalen Gedanken und Gefühlen, Ersetzen des pathologischen Mediennutzungsverhaltens durch positive Erlebnisse und passende Freizeitaktivitäten in der realen Welt sowie Rückfallprophylaxe.

Die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapien ist inzwischen mit mittleren bis hohen Effektstärken belegt (27-29), jedoch fehlen randomisiert-kontrollierte Langzeitstudien. Eine Psychotherapie (und ggf. Pharmakotherapie) von komorbid bestehenden psychischen Störungen ist oft notwendig.

Prognostizieren lassen sich die Zunahme der Problematik der GD in den kommenden Jahren, wie sie in den industrialisierten Ländern Asiens (Südkorea, Taiwan, China, Japan) heute schon erkennbar ist. Aber auch in weiteren Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen wirkt die Digitalisierung hinein, wie im Folgenden skizziert wird.

Internetpornografie und Online-Sexsucht

Haben Sie schon einmal im Internet Seiten und Videoportale mit pornografischem Inhalt gezielt gesucht oder besucht oder zufällig gefunden? Der meistgenutzte Suchbegriff im Internet lautet: „Sex“. In einer repräsentativen deutschen Studie (5) wurden Internetnutzer zwischen sechs und 13 Jahren befragt, ob sie mit ungeeigneten Inhalten in Berührung gekommen sind (*„Bist Du schon mal auf Sachen gestoßen, die Dir unangenehm waren, die für Kinder ungeeignet waren oder die Dir Angst gemacht haben?“*). Dies bejahten elf Prozent der Sechs- bis 13-Jährigen. Jeweils vier Prozent gaben an, dass Inhalte ihnen Angst gemacht haben respektive ihnen unangenehm waren. Dabei ist nach Angabe der Kinder Ungeeignetes und Unangenehmes hauptsächlich sexualisierter, erotischer oder pornografischer Natur. 5,2 % aller befragten Kinder stießen auf Pornografie, die sie als ungeeignet bewerteten, und 2,5 % stießen auf Pornografie, die sie als unangenehm bewerteten. Ebenso wurden in dieser Studie die Haupterzieher derjenigen Kinder, die bereits das Internet nutzen, gefragt, ob ihr Kind bei der Internetnutzung schon einmal mit problematischen Inhalten konfrontiert worden war. Hierauf geben 10 % an, eine entsprechende Erfahrung mitbekommen zu haben. Nach Einschätzung der Eltern sind dabei sexuelle und pornografische Angebote der zweithäufigste problematische Inhalt nach Gewaltdarstellungen.

Neben dieser altersunangemessenen Exposition mit pornografischem Material im Internet entfaltet sich eine weitere Problematik in der Online-Sexsucht, die als nicht-stoffgebundene Verhaltenssucht zu verstehen ist. Sie ist gekennzeichnet durch dauerhafte oder wiederkehrende Internetaktivitäten und den damit verbundenen Schwierigkeiten, sexuelle Verhaltensweisen oder Fantasien zu kontrollieren, durch einen enormen Zeitaufwand, zumeist einer exzessiven Selbstbefriedigungspraxis (unmittelbare kontingente Verstärkung des Pornografiekonsums) und ausgeprägten Beeinträchtigungen in der Lebensführung (Schule und Berufsausbildung, Freundeskreis, Beziehungskrisen). Die Fähigkeit, Spannung auszuhalten, geht verloren zugunsten einer unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung, Sexualität und

Liebe werden als getrennte Entitäten erlernt, was späteres echtes Intimitätserleben blockieren kann. Online-Sexsucht ist stark jugenlastig und derzeit keine nosologische Entität des ICD.

Bei Jugendlichen sind positiv mit höherem Pornografiekonsum assoziiert: der Persönlichkeitsfaktor „sensation seeking“, sexuelles Interesse, frühere sexuelle Initiation, risikobehafteter Lebensstil, Depression, geringere allgemeine Lebenszufriedenheit und sexuelle Zufriedenheit wie auch Umgebungsfaktoren (Peers, die Pornografie konsumieren, geringe emotionale Bindung in der Familie). Pornografie-Konsum ist positiv korreliert mit Sexting als sexuell ausgerichtetem Online-Verhalten (Austausch explizit sexueller Inhalte wie Texte, Bilder oder Filme untereinander mittels Smartphone und sozialer Medien) (30). (Longitudinal-) Studien belegen, dass der Konsum von (Internet-)Pornografie bei Jugendlichen in der Konsequenz zu permissiven sexuellen Einstellungen (Gelegenheitssex, Sex ohne emotionale Beziehung, körperzentrierter Sex) führt (31-32) – und nicht umgekehrt.

Problematisch ist im Kontext der sexualisierten digitalen Welt das Cyber-Grooming (mit Kindern online gezielt Kontakt anbahnen in sexueller Missbrauchsabsicht bzw. zur Anfertigung kinderpornografischer Aufnahmen). Die Täter entstammen oftmals dem jungen Erwachsenenalter (18 bis 25 Jahre). 25 % der Opfer von Grooming leiden unter Verzweiflung und Kummer, diese Folgen betreffen in besonderem Maße jüngere Opfer (im Alter von zehn bis 13 Jahren).

Der Jugendschutz ist im Internet quasi nicht existent, was heute nicht wirklich nachvollziehbar und akzeptabel ist. Kinder haben – unabhängig von ihrem Alter – ab dem Moment, in dem sie über Internetzugang und eine entsprechende Medienkompetenz und Neugierde verfügen, über Videoportale Zugang zu Inhalten, die auf anderen Trägermedien wie DVD, Print oder im Kinosaal den strengen Jugendschutzgesetzen unterliegen und nicht erlaubt wären. Das Internet ist – ohne Altersbegrenzung – die beliebteste Informationsquelle für pornografisches Material wegen der hindernisfreien Verfügbarkeit und des leichten und teils kostenlosen Zugangs. Longitudinalstudien zur Bewertung der Auswirkungen der

Internetpornografie auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fehlen bisher weithin, staatliche Kontrollinstanzen konnten die Aufgabe des Kindes- und Jugendschutzes im Internet bislang nicht durchsetzen.

Einsatz sozialer Medien zur Inszenierung des Selbst und des eigenen Lebens

Soziale Medien ermöglichen es jeder einzelnen Person, Selbstbilder relativ einfach und in ungeahnter Vielfalt zu kreieren und Antworten auf die Frage zu liefern, wie der / die Jugendliche sich selbst sieht und wie er / sie von anderen gesehen werden will. Dabei können viele Lebensbereiche Inhalt von Selbstinszenierungen werden, beispielsweise das eigene übergesunde Essverhalten (Orthorexia) oder das restriktive Essverhalten mit scheinbarem Schönheitsideal (Anorexia) oder die sich selbst zugefügten Verletzungen (Schnittwunden, Verbrennungen als nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten NSSV) oder Körpermodifikationen (Tätowierungen, Piercings). Bei Anorexia und NSSV zeigen sich Verflechtungen des „digitalen“, im Netz repräsentierten Ichs und des „realen“, physischen Ichs.

Die Internetnutzung Jugendlicher lässt sich (bei gewissen Überschneidungen) den Bereichen Kommunikation (e-mailen, chatten), Information, Unterhaltung (Musik, Videos) und Spiele zuordnen. Zu dem Jugendlichenalter gehört das Etablieren und Aufrechterhalten von sozialen Kontakten zu Peers als eine der Hauptentwicklungsaufgaben. 89 % der Zwölf- bis 19-Jährigen waren 2017 täglich online mit durchschnittlich 221 Minuten Nutzungszeit pro Tag, dabei entfällt mit 38 % der größte Anteil auf den Bereich der Kommunikation (6). Die meisten verbreiteten Apps sind WhatsApp (89 % nutzen diese Anwendung täglich), Instagram (44 % tägliche Nutzung, um persönlichen Bekannten, aber auch Prominenten und Stars nahe zu sein) und Snapchat (39 % tägliche Nutzung). Snapchat eignet sich wegen der geringen Vorhaltezeit (24 Stunden bis zur automatischen Löschung) für Selbst-Inszenierungen und Selbst-Bilder, die immer wieder neu erfunden und ‚in Echtzeit‘ verbreitet werden und damit unmittelbare An- und Teilnahme beanspruchen können (6).

Unter den Smartphone-Nutzer/innen sind viele durch die ständigen Botschaften des digital präsenten Freundeskreises, dem eigenen Drang, eingehende Nachrichten zu überwachen und darauf möglichst ohne Zeitabstand zu reagieren (ein Beschleunigungsmoment der Moderne) nicht nur dauerhaft aktiviert, sondern „digital“ gestresst. 55 % geben an, manchmal genervt zu sein von der Überzahl an Nachrichten, 70 % denken, mit Apps und Communities manchmal zu viel Zeit zu verschwenden. 78 % der Jugendlichen können sich – zumindest theoretisch – eine Woche ohne Handy vorstellen. 19 % der Zwölf- bis 19-jährigen Teilnehmer/innen einer repräsentativen deutschen Studie aus dem Jahr 2016 (34) stimmen der Aussage „Wenn ich mein Handy nicht an habe, habe ich Angst, etwas zu verpassen.“ zu. Dazu hat sich der Begriff FOMO („Fear of Missing Out“) etabliert, um die zwanghafte Besorgnis zu benennen, ein Ereignis oder eine Erfahrung zu verpassen und nicht mehr auf dem Laufenden zu sein.

Cybermobbing

Mobbing (der Begriff „Bullying“ wird deckungsgleich verwendet) meint wiederholte, ungerechtfertigte aggressive Handlungen, meist unter Gleichaltrigen, mit dem Ziel, die andere Person zu verletzen, zu demütigen oder einzuschüchtern. Mobbing tritt bei etwa 11–41% der Jugendlichen auf (etwa ein Viertel bis zwei Drittel der Betroffenen sind auch Opfer von Cybermobbing). Die Folgen für die Opfer sind schwere körperliche und emotionale Belastungen, erhöhter Stress und soziale Integrationsprobleme mit hohen Risiken für internalisierende Störungen (Depression, Angststörungen, Posttraumatische Stressstörung), Leistungs- und Schlafprobleme (14).

„Cybermobbing ist das Anwenden ungerechtfertigter Aggression mittels digitaler Medien, um andere zu verletzen oder zu bedrohen“ (35). Der Einsatz digitaler Medien ermöglicht es dem Aggressor (im Unterschied zum konventionellen Mobbing), eher anonym und unerreichbar zu bleiben, zudem wird ein noch größeres Publikum erreicht, und die aufgestellten Beschuldigungen sind schwerer zu entkräften. Virale Verbreitungsmöglichkeiten der Botschaften, unbegrenzte Speicherbarkeit und fehlen-

de Rücknahmemöglichkeit (letztendlich nicht mehr von der betroffenen Person zu löschende Inhalte), die Weitergabe von Text und Bildern und Nichtvorhandensein adäquater Kontrollmöglichkeiten sind weitere spezifische Gefahrenaspekte der Cyber-Kommunikation. Die Prävalenzangaben für Cyberbullying schwanken deutlich; eine aktuelle deutsche Studie fand etwa ein Viertel der Schülerinnen und Schüler betroffen (14).

Die Betreuung von Opfern durch Gleichaltrige („peer mentoring“) hat sich wegen der Vorbildwirkung und der Stärkung des Selbstwerts bewährt. In Deutschland bietet die Selbstschutzplattform www.juuuport.de Beratung bzw. Onlineberatung durch jugendliche Scouts. Das weltweit bekannteste und erfolgreichste Programm ist das Olweus Bullying Prevention Program™ (36), das auch zwei altersabhängige Cyberbullying-Präventionsmodule (Schulstufen 3 bis 5 und 6 bis 12) enthält. In Deutschland gibt es kein eigenes Gesetz gegen Cyberbullying. Beleidigungen, Drohungen oder die Verbreitung entwürdigender Bilder gegen den Willen der Betroffenen sind aber strafbar.

Ausblick und Vorgehensweise

Die Digitalisierung der Gesellschaft ist bislang in ihren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung wenig untersucht, die Dynamik der technischen Entwicklung erschwert randomisiert-kontrollierte Longitudinalstudien. Die Phänomene stellen Kinder und Jugendliche, deren Eltern, Erzieher und Lehrer, Berater, Psychotherapeuten und Ärzte vor neue Herausforderungen, Problemlagen und auch Störungsbilder. Der Facharzt bzw. die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin ist im Rahmen der Regelversorgung und der U- und J-Untersuchungen für die Früherkennung von GD (einschließlich der Vorstufen exzessiven Spielens) und bei Fragen zu altersunangemessenen digitalen Inhalten (z.B. pornografisches Material) von zentraler Bedeutung und fungiert als erste/r Ansprechpartner/in. Wenn dort durchgeführte primärpräventive und psychoedukative Maßnahmen nicht ausreichen, sind gezielte und intensivere Interventionen notwendig. Dies können bei deutlicher Symptomausprägung oder bereits bestehenden Störungen und funktionel-

len Beeinträchtigungen eine ambulante verhaltenstherapeutische Psychotherapie oder eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sein. Letztere sind ggf. mit Maßnahmen der sozialen Kontrolle (Jugendhilfe) zu kombinieren. Bei ausgeprägten Widerständen bis hin zu aggressiven Handlungen des Kindes bzw. des Jugendlichen als Reaktion auf eine Verringerung des pathologischen Mediengebrauchs, bei schweren Störungen mit komorbiden psychischen Störungen wie ADHS oder sozialer Phobie und Verlust der sozialen Kontakte und Abbruch von Schulbesuch oder Ausbildung ist eine stationäre Behandlung indiziert. Hier kommt den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der ambulanten und insbesondere stationären Behandlung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit (und ihrer komorbiden psychischen Störungen) eine zentrale Rolle zu.

Ein reflektierter, kritischer, selbstbestimmter und sinnvoller Umgang mit den elektronischen/digitalen Medien(-geräten) und den über sie zugänglichen Inhalten im Sinne von Medienmündigkeit (und nicht allein einer an der Machbarkeit orientierten Medienkompetenz der Digitalisierungskampagne) ist das wünschenswerte und vorrangige Entwicklungsziel. Gefragt ist die konsequente und fachkundige Aufklärung von Eltern, Kindern und Jugendlichen durch medizinische, psychologische und psychotherapeutische Fachkräfte über die gesundheitlichen Folgen eines zu frühen und eines zu exzessiven Medienkonsums.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Frank W. Paulus
Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Str., 66421 Homburg/Saar
E-Mail: frank.paulus@uniklinikum-saarland.de
Tel.: 06841-16-24395

Interessenskonflikt:

Alle Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Psoriasis im Kindesalter: Aktuelle Therapieempfehlungen

Die Psoriasis gehört zu den häufigsten chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen des Kindesalters. Die schuppigen Plaques können Juckreiz verursachen und werden mit zunehmendem Alter von den Patienten als entstellend empfunden. In den meisten Fällen sind die Hautveränderungen leicht und lassen sich anhaltend mit einer Lokalthherapie behandeln. Gelingt dies nicht, z.B. weil die Psoriasis schwer ausgeprägt bzw. besonders ausgedehnt ist, so sollte frühzeitig eine Systemtherapie begonnen werden. Dies gilt auch für psoriatische Patienten mit Komorbiditäten: Inzwischen kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei der „Schuppenflechte“ um eine entzündliche Systemerkrankung handelt, deren multiplen Auswirkungen frühzeitig therapeutisch entgegenzusteuern ist. Die folgenden Empfehlungen orientieren sich an der 2019 erschienenen Leitlinie „Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen“.



Dr. med. Dörte Petersen

Obwohl die Psoriasis bei Kindern mit einer kumulativen Prävalenz von 1.2% seltener als bei Erwachsenen auftritt, gehört sie zu den häufigsten chronischen Hauterkrankungen in der pädiatrischen Dermatologie. Dies wird sich in den nächsten Jahren nicht ändern: Die Inzidenz ist bei Erwachsenen und Kindern seit Jahrzehnten steigend (1). Dabei besteht ein Zusammenhang mit der erhöhten Prävalenz der Adipositas. Während sich das atopische Ekzem vor allem in den ersten Lebensjahren manifestiert, steigt die Häufigkeit der im Volksmund „Schuppenflechte“ genannten Hauterkrankung von der Geburt linear mit dem Lebensalter an.

Die Ursache der Psoriasis ist multifaktoriell: neben einer genetischen Veranlagung spielen auch Komorbiditäten wie Adipositas oder Triggerfaktoren wie Traumata, In-

fektionen (insbesondere Streptokokken), bei Erwachsenen auch Medikamente (z.B. Beta-Blocker) eine Rolle.

Klinisches Bild

Aufgrund ihrer typischen Effloreszenzen bzw. der typischerweise befallenen Areale wird die Diagnose der Psoriasis fast immer klinisch gestellt. Typischerweise manifestiert sich die Psoriasis mit schuppigen erythematösen Plaques, die am gesamten Integument auftreten können (Abb. 1). Diese *Plaque-Psoriasis* ist die häufigste Form der Schuppenflechte (70% der Fälle). Im Kindesalter sind die rötlichen Plaques oft kleinfleckig, so dass Psoriasisherde mit sehr viel häufiger auftretenden Ekzemen oder einer *Tinea corporis* verwechselt werden. Prädilektionsstellen sind Ohren, Kopfhaut und Kreuzbeingegend sowie Ellenbogen und Knie, wo vermutlich die mechanische Belastung im Sinne eines Koebner Phänomens psoriatische Hautveränderungen induziert.

Im Gegensatz zu Erwachsenen finden sich bei Kindern entzündliche Hautveränderungen auch häufig im Gesicht oder in den Körperfalten (*Psoriasis inversa*, Abb. 2 a+b). Die klassische Schuppung, die das klinische Korrelat der histologischen Hyperkeratose darstellt, kann in Axilla, Inguinal- und Glutealfalte jedoch wenig ausgeprägt sein, so dass sich hier lediglich scharf begrenzte Erytheme zeigen. Gleiches gilt für den Windelbereich, wo sich die Psoriasis bei Säuglingen häufig

initial und manchmal ausschließlich manifestiert (Abb. 3). Diese *Windelpsoriasis* unterscheidet sich von der (viel häufigeren) Windeldermatitis durch meist gleichzeitige Involvierung der Inguinalfalten und ein nur mäßiges Ansprechen auf anti-ekzematische Lokalthapeutika.

Kennen sollte man auch eine exanthematische Sonderform der Psoriasis, mit der sich die Schuppenflechte im Kindesalter häufig erstmals manifestiert. Bei der *Psoriasis guttata* (Abb. 4) kommt es zu einer rumpfbetonten generalisierten Aussaat von multiplen „tropfenförmigen“ Papeln und Plaques. Ihr geht häufig eine akute Infektion des Respirationstrakts (v.a. Angina tonsillaris) oder der Analregion (streptogene perianale Dermatitis) durch β -hämolyisierende Streptokokken der Gruppen A, C und G, gelegentlich auch durch virale Erreger um 1-3 Wochen voraus.

Komorbiditäten

In den letzten Jahren ist immer deutlicher geworden, dass bei psoriatischen Patienten nicht nur Gelenkentzündungen häufiger auftreten (Psoriasis-Arthritis), sondern auch Erkrankungen, die dem Formenkreis des metabolischen Syndroms zuzuordnen sind. Bei Kindern und Adoleszenten, die an Psoriasis leiden, finden sich beispielsweise doppelt so häufig Adipositas, arterieller Bluthochdruck, Hyperlipidämie oder Diabetes mellitus als bei nicht-psoriatischen Personen (2). Auch Komorbiditäten wie der Morbus



Abb. 1: Plaque-Psoriasis



Abb. 2a+b: Psoriasis inversa

Crohn sind bei Kindern häufiger mit einer Psoriasis assoziiert.

Die Erklärung dafür findet sich in der engen Verzahnung von Entzündungssystem und Stoffwechsel. Adipozyten können Botenstoffe freisetzen, die das Immunsystem stimulieren, z.B. Interleukin, TNF-alpha. Gleichzeitig werden Hormone gebildet, die die Hungerbremse lösen und zu einer weiteren Gewichtszunahme führen. Menschen mit Psoriasis sind daher eher übergewichtig und übergewichtige Patienten haben oft eine schwerere Psoriasis.

Die Diagnose „Psoriasis“ umschreibt damit nicht mehr nur eine rein dermatologische Erkrankung, sondern stellt ein systemisches Gesundheitsproblem dar, das interdisziplinäre Behandlungskonzepte erfordert. Auf der Basis von Literatur-Reviews haben Ärzte aus den USA Empfehlungen zusammengestellt, die die metabolischen Langzeitfolgen einer Schuppenflechte durch frühzeitige Intervention minimieren sollen (3). Aufgrund der Konsens-Empfehlung sollten bei an Psoriasis erkrankten Kindern BMI-Perzentilen, Blutdruck, Nüchtern-Serum-Glukose sowie Lipid-Werte regelmäßig kontrolliert werden. (Tabelle 1). Routinemäßig sollte auch nach Gelenkschmerzen, -schwellungen oder -rötungen sowie Morgensteifigkeit gefragt werden, um eine Psoriasisarthritis nicht zu übersehen. Bei Verdacht auf eine Gelenkbeteiligung sollte ein pädiatrischer Rheumatologe zu Rate gezogen werden, zumal die Diagnose unmittelbare Konsequenzen für die Wahl der Therapie hat.

Achten sollte man unbedingt auch auf Zeichen einer Depression, da Kinder mit

Tab. 1: Screening-Empfehlungen bei Kindern mit Psoriasis

| Komorbidität | Screening |
|--------------------------------------|---|
| Übergewicht | Gewicht jährlich ab dem 2. Lebensjahr (BMI) |
| Typ-II-Diabetes mellitus | Nüchtern-glukose alle 3 Jahre ab dem 10. Lebensjahr, adipöse Kinder grundsätzlich alle 3 Jahre |
| Dyslipidämie | Lipidwerte zwischen 9.-11. sowie 17.-21. Lebensjahr |
| Hypertonie | RR-Kontrollen jährlich ab dem 3. Lebensjahr |
| Nicht-alkoholische Fettleber (NAFLD) | ALT-Kontrolle zwischen 9.-11. Lebensjahr bei Übergewicht und weiteren Risikofaktoren wie Insulinresistenz, DM oder Dyslipidämie |
| Psoriasisarthritis | Anamnese/Untersuchung: Rücken- oder Gelenkschmerzen? Schwellungen oder Rötung von Gelenken oder Augen (Uveitis)? Gangveränderungen? |
| Depression | jährlich, bei Angsterkrankungen und ab dem 11. Lebensjahr (auch) auf Substanzmissbrauch |

Psoriasis unter ihrem Hautbild leiden (4). Sie werden häufig gehänselt und stigmatisiert, ziehen sich zurück und haben weniger häufig soziale Kontakte. Sogar bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz werden sie aufgrund ihrer äußeren Erscheinung häufiger benachteiligt. Eine enge Kooperation mit einem Kinder- und Jugendpsychologen ist für eine zeitnahe Versorgung der Patienten wichtig. Auch Angebote wie das Jugendcamp des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DBP) können betroffene Patienten im Umgang mit Ihrer Erkrankung unterstützen.

Therapie der Psoriasis

Obwohl viele Präparate für die Behandlung der kindlichen Psoriasis zur Verfügung stehen, erschwert die begrenzte Anzahl aussagekräftiger, kontrollierter und randomisierter Studien oftmals die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien. Die Anfang 2019 aktualisierte Leitlinie „Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen“, an der sich die folgenden Empfehlungen orientieren, ist konsensbasiert (S2k).

Erschwerend bei der Therapie ist weiterhin, dass viele hochwirksame Systemtherapeutika für die Behandlung im Kindesalter nicht zugelassen sind. Dies ist ein Grund dafür, dass Kinder und Heranwachsende mit schwereren Manifestationen trotzdem oft nur topisch behandelt werden. Bei vielen Lokalthherapeutika sind andererseits die Gefahren der transkutanen Resorption und konsekutive systemische Nebenwirkungen zu bedenken, die sich bei Kindern aufgrund der geringeren Hautdicke, der unreifen epidermalen Barriere und der größeren gewichtsbezogenen Körperoberfläche stärker als bei Erwachsenen auswirken. Neben Lebensalter und Lokalisation der Hauteffloreszenzen richtet sich die Auswahl der Therapie vor allem nach der Schwere der Psoriasis. Zur Abschätzung des Schweregrades werden die bei Erwachsenen etablierten Beurteilungs-Scores verwendet. Im Rahmen eines europäischen Konsensus wurde als Faustregel die „**Rule of Ten**“ definiert: Eine schwere Psoriasisausprägung liegt vor, wenn mehr als 10% der Körperfläche betroffen sind ($BSA = \text{Body surface area} \geq 10\%$), der Punktwert in dem Psoriasis-Aktivitätsscore $PASI \geq 10$ oder das Ergebnis des Lebensqualitätsindex $DLQI \geq 10$ beträgt.



Abb. 3: Windelpsoriasis



Abb. 4: Psoriasis guttata

PASI (Psoriasis area and severity index). Onlinerechner z.B. auf <https://dermatologe-werden.de/apps-und-online-services/pasi-rechner/?L=0>;

DLQI (dermatology life quality index) https://www.schuppenflechte-info.de/sites/schuppenflechte-info/files/dlqi_fragebogen.pdf.

Lokalthherapie

1. Basistherapie/Keratolyse

Um bei der Psoriasis die eigentliche Entzündung an der Hautoberfläche zu

erreichen, müssen zunächst die darüber liegenden, teils sehr dicken Schuppenplaques aufgelöst werden. Hierzu werden in erster Linie Urea-haltige Präparate verwendet. Je höher die Urea-Konzentration, desto größer ist die keratolytische Wirkung. Bei der Anwendung muss allerdings Vorsicht walten, da Cremes mit hoher Harnstoffkonzentration auf kindlicher Haut brennen können. Für die Verordnung bietet sich eine erstattungsfähige NRF-Rezeptur an (lipophile Harnstoffcreme 5% oder 10%, NRF 11.129). Alternativ können Fertigpräparate mit einer Urea-Konzentration von 5% oder 10%

verwendet werden (z.B. Allergika® Lipo-lotio/Creme oder Basodexan® Softcreme).

Für die Keratolyse verwenden Dermatologen bei Erwachsenen neben Urea vor allem Salicylsäure. Im Kindesalter sollte mit dieser Substanz jedoch mit Vorsicht umgegangen werden, da bei Überdosierung potenziell schwere und unter Umständen lebensgefährliche systemische Intoxikationen möglich sind. Wie auch beim Harnstoff sollte sich die Konzentration der Salicylsäure am Lebensalter der Patienten orientieren und bei Säuglingen und Kleinkindern gar nicht verwendet werden (**Tabelle 2**). Für dicke Plaques auf der Kopfhaut kann Salicylöl verwendet werden (z.B. Abwaschbares Salicylsäure-Öl 2%/5%/10%; NRF 11.85.). Alternativ oder bei kleineren Kindern können Schuppen am Kopf mit Loyon®-Lösung, Babybene® oder „Kopfkappen“ mit Unguentum emulsificans aquosum (NRFS.26) – jeweils über Nacht einwirken lassen – gelöst werden.

2. Anti-inflammatorische Behandlung

Topische Kortikosteroide (TCS) gelten aufgrund ihrer Wirksamkeit, der jahrzehntelangen Erfahrung und nicht zuletzt aufgrund ihres geringen Preises noch immer als lokaltherapeutisches Mittel der ersten Wahl. Aufgrund der potentiellen lokalen Nebenwirkungen (Hautatrophie, Striae, periorale Dermatitis) sind sie zur längerfristige Dauertherapie jedoch nicht geeignet, zumal kortikosteroidhaltige Cremes bei Kindern transkutan vermehrt resorbiert werden und damit trotz nur lokaler Anwendung zu systemischen Nebenwirkungen wie adrenaler Suppression führen können (5).

Bei der Psoriasis ist im Unterschied zum Atopischen Ekzem ein antiproliferativer Effekt erforderlich. Daher ist initial eine zweimalige (statt einmalige) Anwendung der TCS pro Tag erforderlich, ebenso der Einsatz etwas potenterer Wirkstoffe. Mittel der Wahl ist das Klas-

se III-Steroid Mometasonfuroat (Ecural®, Monovo®) für Stamm und Extremitäten; im Gesichts- und im Genitalbereich (kurzfristig!) sowie bei kleineren Kindern genügen meist mittelstarke TCS wie Methylprednisolon (Advantan®) oder Prednicarbat (z.B. Prednitop®). Bei längerem und insbesondere regelmäßigem Therapiebedarf sind Calcineurininhibitoren in empfindlichen Regionen die bessere Wahl (s.u.). Die Anwendung hochpotenter Kortikoide der Wirkstärke 4 sollte bei Kindern vermieden werden. Empfehlenswert ist, bei eintretender Besserung das Kortikosteroid nicht plötzlich abzusetzen. Um ein *rebound-Phänomen* zu vermeiden, das zu einer Verschlechterung, ggf. über den Ausgangszustand hinaus, führt, bietet sich eine langsame Reduktion der Anwendung auf 1x/Tag (für ca. 2-3 Wochen), dann auf jeden 2. Tag (für ca. 2-3 Wochen) und schließlich auf 2x/Woche an. Analog zur proaktiven Therapie des atopischen Ekzems kann die regelmäßige 2x wöchentliche Anwendung zur langfristigen Befundstabilisierung beibehalten werden.

In der Phase der 1-mal täglichen Anwendung kann eine Kombination mit Basistherapeutika oder einem **Vitamin D-Analogum** erfolgen. Vitamin D-Analoga wie Calcipotriol, Calcitriol oder Tacalcitol hemmen das vermehrte Zellwachstum der Keratinozyten, fördern deren vollständige Reifung und wirken so gezielt der Verhornung entgegen. Des Weiteren greifen sie durch Hemmung der T-Zell-Aktivität auch in den Entzündungsprozess ein. Trotz nur begrenzter Zulassung kann ihre Anwendung auch im Kindesalter als sicher betrachtet werden (7). Ein klinisches Ansprechen ist frühestens nach 2-3 Wochen zu erwarten; die optimale Wirksamkeit wird häufig erst nach 6-8 Wochen erreicht. Das Ausschleichen der Vitamin D-Analoga sollte deshalb auch langsam erfolgen: 2-4 Wochen 2x/Tag (oder im Wechsel mit Kortikosteroiden), dann

4 Wochen 1x täglich, 4 Wochen jeden 2. Tag und schließlich ggfs. 2x/Woche. Als Nebenwirkungen treten bei Vitamin-D-Präparaten Hautirritationen auf, die sich im Verlauf der Behandlung jedoch zumeist wieder verlieren. Da Vitamin-D-Analoga Einfluss auf den Kalzium- und Phosphatstoffwechsel des Körpers haben, können bei einer transkutanen Resorption systemische Hyperkalzämien auftreten. Dieses Risiko lässt sich durch eine nur begrenzte Anwendung minimieren: Es wird empfohlen, Calcitriol (Silkis®) auf weniger als 35% der Körperoberfläche (KOF), Calcipotriol (z.B. Daivonex®) auf weniger als 30 % der KOF und Tacalcitol (z.B. Curatoderm®) auf weniger als 15 % der KOF anzuwenden.

Die kombinierte Anwendung von Vitamin-D-Analogum (z.B. abends) und Kortikosteroiden (z.B. morgens) erzielt hier eine synergistische Wirkung (6). Die fixe Kombination beider Substanzen in einem Fertigpräparat (z.B. Daivobet® Creme/Gel/Salbe) erhöht die Compliance und kann deshalb trotz des enthaltenen Beta-methasons (schlechter TIX) und off-label-Gebrauchs bei Kindern sinnvoll sein.

Topische Calcineurininhibitoren (TCI). Die für das atopische Ekzem zugelassenen topischen Calcineurininhibitoren Pimecrolimus (Elidel® Creme) und Tacrolimus (Protopic® Salbe 0,03% und 0,1%) müssen bei der Therapie der Psoriasis „off-label“ eingesetzt werden. Hauptanwendungsbereich sind die empfindlichen Körperareale wie Gesicht, Genitalbereich und Intertrigines: Im Gegensatz zu Kortikosteroiden führen sie nicht zu Hautatrophie (8,9). Wegen seiner höheren Wirksamkeit und des bei Psoriasis erwünschten okklusiven Effektes sollte bevorzugt Tacrolimus (Protopic-Salbe® 0.03 bzw. 0.1%) und nicht Pimecrolimus (Elidel®-Creme) eingesetzt werden. Bis zur Befundbesserung muss die Anwendung zunächst 2x/Tag für ca. 4 Wochen erfolgen. Dann kann die Anwendungsfrequenz auf 1x/Tag und im Verlauf auf jeden 2. Tag bzw. 2x/Woche reduziert werden. Bei Rezidiven wird die Anwendungshäufigkeit wieder erhöht. TCI werden gut toleriert. Tacrolimus kann in den ersten Tagen brennende Missemmpfindungen auslösen. Bedenken hinsichtlich eines erhöhten Krebsrisikos beziehungsweise Auswirkungen auf das kindliche Immunsystem zeigten sich während Langzeitanwendungen bisher nicht (10).

Tab. 2: Altersspezifische Empfehlungen zur topischen Salicylsäure Anwendung (z.B. für den Kopf: auswaschbares Salicylsäure-Öl 2/5/10%, NRF 11.44.)

| | Konzentration | Körperoberfläche | Dauer |
|--------------------|---------------|------------------|----------|
| 3-6 Jahre | 1,5-2 % | <10 % | 1-3 Tage |
| 7-14 Jahre | 2-3 % | <20 % | 1-3 Tage |
| 14-18 Jahre | 5 % | ≤20 % | 1-3 Tage |

Tab. 3: Behandlung besonderer klinischer Formen (modifiziert nach Lafitte (15))

| Lokalisation | Therapie |
|--|---|
| Windelpsoriasis | Wie Windeldermatitis Kontaktvermeidung von reizenden Substanzen wie Stuhl und Urin (häufiges Wechseln der Windeln, Auftragen schützender Zinkpaste) Bei hartnäckigen Hautläsionen TCS mittlerer Wirksamkeit (z.B. Prednicarbat) über beschränkten Zeitraum (höchstens 7 Tage), gefolgt von TCI (z.B. Protopic® 0,03% 2xtgl.) |
| Psoriasis inversa (der großen Hautfalten) | Kurzfristig TCS der Klasse 2 (z.B. Prednicarbat), gefolgt von TCI (z.B. Protopic 0,1% 2xtgl.) |
| Psoriasis capitis | Zur Beseitigung dicker Schuppen (v.a. initial) bei Kleinkindern Babybene®, bei älteren Kindern keratolytische Salicylsäure-Öle (s. Tabelle) über Nacht, morgens mit Ureashampoo auswaschen Anschließend TCS-Lösung (z.B. Soderm® crinale x 10 Tage) und/oder Calcipotriol-Lösung (z.B. Curatoderm®) aufgetragen |
| Psoriasis guttata | Da meist > 40% der Körperoberfläche befallen, eingeschränkte Verwendung von TCS; aufgrund des selbst-limitierenden Verlaufs sind pflegende Basisexterna oft ausreichend. Bei florider Streptokokkeninfektion antibiotische Systemtherapie (Penicillin) |

TCS = Topische Corticosteroide; TCI = Topische Calcineurininhibitoren

Tab. 4: Empfehlungen für Methotrexat-Dosierung und Laborkontrollen

| MTX-Dosierung | Laborkontrollen | <3 Monate Therapie | >3 Monaten Therapie |
|---|------------------------------|---|----------------------|
| 10-15 mg/m ² Körperoberfläche | BB, GOT/GPT, Serum-Kreatinin | Labor in Woche 1, 6, 12 nach MTX-Beginn | Labor alle 12 Wochen |

Nicht eingegangen werden soll an dieser Stelle auf eine Lokalthherapie mit Teer und Dithranol, die sich im Praxisalltag eher schwierig gestaltet. Hinsichtlich der Phototherapie sei angemerkt, dass diese aufgrund der kumulativen UV-Exposition zumindest bei jüngeren Kindern bis zur Pubertät vermieden werden sollte.

Empfehlungen zur Lokalthherapie an besonderen Lokalisationen sind in **Tabelle 3** zusammengefasst.

Systemtherapie

Bei unzureichendem Therapieerfolg oder Unverträglichkeit der Externa sollte frühzeitig eine systemische Therapie begonnen werden. Gleichzeitig sollten mögliche Komorbiditäten erkannt und behandelt werden.

Die oft nur zögerliche Anwendung von Systemtherapeutika bei Kindern mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis ist zum Teil auf die Zulassungsbeschränkungen zurückzuführen: Von den klassischen Systemtherapeutika (MTX, Fumarsäure-ester, Ciclosporin, Acitretin) besitzt keines eine Zulassung für die Therapie der kindlichen Psoriasis. Die Hemmschwelle bei den für die kindliche Psoriasis zugelassenen Biologika ist wegen fehlender Langzeitdaten sowie hoher Therapiekosten hoch. Als First-line-Therapie wird

in den neuen Leitlinien mit MTX und Adalimumab gleichwertig ein klassisches Antipsoriatikum sowie ein Biologikum empfohlen.

Die Empfehlung für **Methotrexat (MTX)** beruht zum einen auf der zuverlässigen Medikamentenwirkung, zum anderen auf langjährigen klinischen Erfahrungen, die Medikamentensicherheit auch bei der Anwendung im Kindesalter versprechen. Für die Behandlung der schweren juvenilen idiopathischen Arthritis ist MTX ab dem 3. Lebensjahr zugelassen, für die Indikation der Psoriasis jedoch bisher nicht.

Der Folsäureantagonist MTX wird 1-mal wöchentlich in einer Dosierung von 10-15 mg/m² Körperoberfläche (und maximal 20-25mg/Woche) verabreicht. Obwohl das Medikament generell oral oder subkutan appliziert werden kann, empfiehlt sich wegen der besseren Wirksamkeit und Verträglichkeit die subkutane Injektion. Bei beiden Applikationswegen ist die Aufteilung der Wochendosis auf zwei Therapietage möglich. Typische Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen, Zytopenien, Hepato- (insbesondere bei vorbestehender Leberschädigung) und Nephrotoxizität. Entsprechende Laborkontrollen (Transaminasen, Blutbild, Kreatinin) sollten eine, sechs und zwölf Wochen nach Therapiebeginn und an-

schließend alle drei Monate durchgeführt werden (**Tabelle 4**). Zur Minimierung der systemischen Nebenwirkungen empfiehlt sich die Einnahme von 2,5 mg Folsäure an Tag 1 und Tag 2 nach MTX-Gabe. Aufgrund der langsam einsetzenden Wirkung kann erst nach 3-4 Monaten entschieden werden, ob der Patient auf die Behandlung anspricht oder nicht.

Von den drei Biologika, die zur Systemtherapie der kindlichen Psoriasis zugelassen sind, wird in der neuen Leitlinie nur **Adalimumab** als First-line-Therapeutikum der kindlichen Psoriasis empfohlen. Der TNF-alpha-Antagonist besitzt neben guter Wirksamkeit und Verträglichkeit als einziges Präparat eine Zulassung ab dem 4. Lebensjahr und ist damit als „in-label“-Medikament zu rezeptieren. Für die Verordnung ist der Nachweis einer vorangegangenen (erfolglosen) Systemtherapie nicht erforderlich. Die Wirksamkeit von Adalimumab scheint der von MTX überlegen zu sein: In Studien erzielte Adalimumab nach 16 Wochen eine schnelle und stärkere Verbesserung des Hautbildes als MTX (11). Angemerkt sei allerdings, dass in einigen dieser Vergleichsstudien MTX unterdosiert war. Langzeitdaten bei Erwachsenen mit einer mittelschweren bis schweren chronischen Plaque-Psoriasis belegten in einer 10-jährigen Beobachtungsstudie mit über

Tab. 5: Adalimumab - Biosimilars

| Produktname | Hersteller |
|-------------------------------|------------------|
| Hulio® | Mylan Healthcare |
| Amgevita®, Solymbic® | Amgen |
| Cytelzo® | Boehringer |
| Imraldi® | Samsung |
| Halimatoz®, Hefiya®, Hyrimoz® | Sandoz |

Tab. 6: Adalimumab-Dosierung für Kinder und Jugendliche mit Plaque-Psoriasis

| Gewicht des Patienten | Dosierungsschema |
|-----------------------|---|
| 15 kg bis < 30 kg | Anfangsdosis 20mg, gefolgt von einer Dosis von 20mg jede zweite Woche, beginnend eine Woche nach der Anfangsdosis |
| >30 kg | Anfangsdosis von 40mg, gefolgt von einer Dosis von 40mg jede zweite Woche, beginnend eine Woche nach der Anfangsdosis |

Tab. 7: Vor- und Kontrolluntersuchungen bei Adalimumab-Therapie

| Vor der Behandlung | Nach 4 Wochen | Nach 12 Wochen | Alle 3 Monate |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diff-BB GOT/GPT, γ-GT, HIV/Hepatitis B/C -Serologie Schwangerschaftstest z.A. einer Tbc: < 5 Jahre: Tuberkulin-Test > 5 Jahre: Quantiferon-Test | Diff-BB GOT/GPT, γ-GT | Diff-BB GOT/GPT, γ-GT | Diff-BB GOT/GPT, γ-GT |

Die empfohlenen Untersuchungen entsprechen den Empfehlungen der Erwachsenenleitlinie. Für Kinder und Jugendliche müssen je nach Altersgruppe Anpassungen erfolgen (z.B. Verzicht auf Schwangerschaftstest). Je nach klinischer Situation können weniger oder auch weitere Untersuchungen erforderlich sein.

Tab. 8: Für die Systemtherapie der kindlichen Psoriasis zugelassenen Biologika

| Medikament | Zulassung | Bemerkung |
|----------------------------------|--------------|--|
| Adalimumab [z.B. Humira®] | ab 4 Jahren | unzureichendes Ansprechen auf eine topische Therapie und/oder Phototherapie |
| Etanercept [Enbrel®] | ab 6 Jahren | unzureichendes Ansprechen auf eine <u>andere systemische Therapie</u> oder Phototherapie |
| Ustekinumab [Stelara®] | ab 12 Jahren | unzureichendes Ansprechen auf eine <u>andere systemische Therapie</u> oder Phototherapie |

6.000 Patienten eine hohe (Langzeit-)Sicherheit von Adalimumab (12). Diese Ergebnisse scheinen auf pädiatrische Patienten übertragbar zu sein (13, 14). Zu Bedenken sind vor Therapiebeginn der mögliche Wirkungsverlust des Biologikums durch Antikörperbildung und nicht zuletzt der Preis der Therapie: das Präparat Humira® (AbbVie) war 2016 mit Therapiekosten von mindestens € 1700,-/Monat das umsatzstärkste Präparat weltweit. Allein in Deutschland wurden jährlich 800 Millionen Euro umgesetzt, weltweit 16 Milliarden US-\$. Seit 2018/10 sind mehrere Adalimumab-Generika („Biosimilars“) verfügbar, die günstiger sind als das Original und den Markt in Zukunft unter sich aufteilen werden (Tabelle 5). Den bisher niedrigsten Preis hat zurzeit das Generikum Imraldi® mit Therapiekosten von ca. € 1100,-/Monat, welche damit 30% unter dem Humira®-Preis liegen.

Mit weiteren Kostensenkungen für Adalimumab ist in Zukunft zu rechnen.

Adalimumab wird gewichtsabhängig dosiert. Bis zu einem Körpergewicht (KG) von 30 kg werden alle 2 Wochen 20 mg subkutan verabreicht. Ab 30 kg KG liegt die Dosis bei 40 mg. Die ersten zwei Dosen werden wöchentlich verabreicht, danach erfolgen die Injektionen alle 2 Wochen (Tabelle 6). Ist nach spätestens 16 Wochen kein deutliches Ansprechen zu erkennen, sollte eine Fortsetzung der Therapie sorgfältig abgewogen werden.

Als häufigste Nebenwirkungen sind u.a. Schmerzen an der Einstichstelle, Kopfschmerzen sowie vermehrte Infektionskrankheiten dokumentiert. Notwendige Voruntersuchungen wie Ausschluss einer Tbc-Infektion und Verlaufskontrollen sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Etanercept und Ustekinumab sind ebenfalls für die Therapie der kindlichen

Psoriasis zugelassen. Sie werden bei Nichtansprechen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von MTX und/oder Adalimumab als second-line-Medikamente empfohlen (Tabelle 8). Weiterhin stehen auch die klassischen Antipsoriatika Ciclosporin und Fumarsäure als Alternativen zur Verfügung.

Zukünftige Therapieoptionen

Der Wirkstoff **Apremilast** (Otezla®) könnte bei Kindern in der Zukunft ebenfalls eine Therapieoption darstellen. Der oral verfügbare Phosphodiesterase-4-Hemmstoff besitzt bei Erwachsenen eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit. In USA ist er innerhalb kurzer Zeit zum meistverordneten Systemtherapeutikum bei Psoriasis avanciert. Klinische Phase-III-Studien mit pädiatrischen Patienten sind in der EU zum jetzigen Zeitpunkt

noch nicht abgeschlossen. Für Kinder wird Apremilast vor allem deshalb attraktiv sein, weil es oral verfügbar ist, einfach dosiert wird und keine Laborkontrollen erfordert. Seit 20 Jahren ist Apremilast das erste oral verfügbare Medikament gegen Psoriasis, das in der EU zugelassen wurde.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend ist die Psoriasis eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung, die ein regelmäßiges, interdisziplinäres Screening erfordert. Während eine leichte Psoriasis lokaltherapeutisch behandelt werden kann, sollte die Hemmschwelle für eine Systemtherapie bei einer mittelschweren bis schweren Psoriasis niedrig sein. Als First-Line-Präparate gelten MTX und Adalimumab. Weitere Informationen sind auf der AWMF-Website verfügbar.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzanschrift

Dr. Dörte Petersen
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift, Abt. Pädiatrische
Dermatologie/Allergologie,
Lilientronstrasse 130, 22149 Hamburg
E-Mail: d.petersen@kkh-wilhelmstift.de

Interessenkonflikt:

Ein Interessenkonflikt besteht nicht.

Red.: Höger

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

**Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis.
Tabellarische Übersicht nach der Münchener
Funktionellen Entwicklungsdiagnostik,
zusammengestellt von
Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.**

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen, EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

Kleben oder Nähen von Wunden im Gesicht?

Frage

- Ist bei der primären Wundversorgung nach Hundebissverletzungen oder Kratzverletzungen im Gesicht hinsichtlich der Infektiosität oder aus kosmetischen Beweggründen zwischen Kleben und Nähen der Wunde zu unterscheiden?

Antwort

Bissverletzungen und tiefe Kratzverletzungen als Sonderform der Haut- und Weichgewebeeinfektionen haben ein hohes Infektionsrisiko. Auch auf den ersten Blick banale Bissverletzungen dürfen nicht unterschätzt werden, da das Ausmaß der Verletzung durch die manchmal relativ kleinen Läsionen an der Hautoberfläche verschleiert werden kann. Für die Einteilung in Schweregrade von Bissverletzungen wurde folgender Vorschlag unterbreitet (1):

- Grad I: oberflächliche Hautläsion, Risswunde, Kratzwunde, Bisskanal, Quetschwunde,
- Grad II: Hautwunde, bis zur Faszie/Muskulatur/Knorpel reichend,
- Grad III: Wunde mit Gewebsnekrose oder Substanzdefekt.

Bissverletzungen sind oft polymikrobiell besiedelt. Bei den am häufigsten auftretenden Katzen- und Hundebissen handelt es sich meistens um aerob-anaerobe Mischinfektionen unter Beteiligung von *Pasteurella multocida*, *Capnocytophaga* spp., *Bartonella* spp., *Staphylococcus aureus* sowie ggf. Anaerobier. Insbesondere nach Bissen von Katzen erreichen die übertragenen Erreger aufgrund des punktionsartigen Bisscharakters relativ leicht tiefere Gewebeschichten.

Zur Therapie von Bisswunden ist ein multidisziplinäres Herangehen erforderlich. Sinnvoll, aber zweifellos diskutabel ist folgendes Vorgehen (2):

Bei allen Bissverletzungen muss der Impfstatus für Tetanus überprüft werden und das Risiko einer Tollwut-Infektion in Erfahrung gebracht werden.

Ein optimales chirurgisches Management hat eine elementare Bedeutung. Hierbei gehört eine intensive Wundexploration sowie eine mechanische Reduktion der Erregerzahl. Die chirurgische Exploration soll bis zur Faszie erfolgen. Kontrovers diskutiert wird der Einsatz von Wundspülungen zur mechanischen Reinigung und Erregerreduktion von Bisswunden. Eine Arbeitsgruppe der *Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene* empfiehlt ein kombiniertes Vorgehen mit chirurgischem Debridement und antiseptischer Lavage in Abhängigkeit von Alter und Art der Wunde.

Aus der vorliegenden Fragestellung lässt sich schließen, dass es um eine Primärversorgung von Bissverletzungen geht, die noch nicht infiziert sind. Die Unterscheidung ist wichtig, weil infizierte Bisswunden nicht primär verschlossen werden sollten.

Ein primärer Wundverschluss wird auch bei „nur“ kolonisierten Wunden nicht empfohlen. Eine mögliche Ausnahme stellen Bisswunden im Gesicht dar, um die es in der vorliegenden Frage geht. Einige Autoren empfehlen, die Wunde 2–3 Tage offen zu lassen und berichten von guten kosmetischen Ergebnissen bei verzögertem Wundverschluss. (2).

Wenn man die Wunde verschließt, sollte eine Antibiotikaprophylaxe (z. B. Aminopenicillin plus Beta-Lactamase-Inhibitor durchgeführt werden (3). Ob Antibiotika 24 Stunden oder 3–5 Tage gegeben werden sollten, ist derzeit nicht seriös zu beantworten. Bei Patienten ohne wesentliche, infektiologisch relevante Komorbidität ist eine Kurzzeitprophylaxe sehr wahrscheinlich ausreichend.

Für die Verwendung verschiedener Verschlusstechniken der Haut (Hautnaht, Hautkleber) nach Bissverletzungen im Gesicht liegen keine gesicherten vergleichenden Daten vor.

Es gibt eine Cochrane-Analyse, die die primäre Hautnaht mit der Verwendung eines Hautklebers in der elektiven Allgemeinchirurgie analysiert hat. Hierbei zeigte sich bei insgesamt niedriger Qualität der eingeschlossenen Studien kein Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen bezüglich der Parameter Wundinfektion, Patientenzufriedenheit und Kosten. Allerdings war die Verwendung des Hautklebers mit einer signifikant erhöhten Rate an Wunddehiszenzen assoziiert, also einem schlechteren kosmetischen Ergebnis (4).

Zusammenfassend sollte man bei der Wundversorgung von frischen Kratz- und Bissverletzungen im Gesicht chirurgisch sehr exakt vorgehen und die Wunde tief explorieren. Ein infektiologischer Nachteil durch einen Wundverschluss mit Hautklebern im Vergleich zu Hautnähten ist nicht belegt. Die Anwendung des Hautklebers setzt allerdings eine entsprechende Expertise voraus, da die kosmetischen Ergebnisse des Wundverschlusses mit Hautkleber in einer Cochrane-Analyse der Hautnaht unterlegen waren. Am ehesten dürften aus chirurgischer Sicht daher für den Hautkleber kurze Läsionen in Frage kommen, die nicht unter Spannung stehen und leicht zu adaptieren sind.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Christian Eckmann
 Ärztlicher Direktor
 Klinikum Peine
 Akademisches Lehrkrankenhaus der
 Medizinischen Hochschule Hannover
 Virchowstr. 8h, 31226 Peine

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.

Steckbrief zu: elektronische Zigaretten (E-Zigaretten)

Chemische Bezeichnung: Liquid auf Basis von Propylenglykol und /oder Glycerin zum Verdampfen mit verschiedenen Aromastoffen (z. B. Menthol, Vanillin, Apfel, Capuccino, Gummibärchen, Zitrone, Vitamin E) mit oder ohne Zusatz von **Nikotin** (max. 20 mg/ ml), dem eigentlich suchterzeugenden Inhaltsstoff. Im Aerosol können geringe Mengen an krebserzeugenden Nitrosaminen, Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, Nickel oder Chrom nachgewiesen werden;

E-Zigaretten unterliegen seit 2016 dem Jugendschutzgesetz, der Verkauf an Jugendliche unter 18 Jahren ist verboten;

Straßennamen(n): e-cig, „dampfen“, „vapen“;

Dosierung(en): Inhalieren des wirkstoffhaltigen Aerosols über beliebig lange Zeit;

Einnahmeform: Inhalieren eines Aerosols, das durch Verdampfen der sog. „liquids“ aus Kartuschen in einem kugelschreiberähnlichen Halter gesogen wird;

Straßenpreis(e): einmaliger Anschaffungspreis des E-Zigaretten – Halters von 30 – 50 Euro; Austauschkartuschen mit Liquid gibt es für 4,95 Euro = ca. 60 Zigaretten,

Erwünschte Wirkung(en): stimulierende Wirkung des Nikotins, ungiftigere Alternative zu Zigaretten;

Unerwünschte Wirkung(en): Reizung der Atemwege, Husten, Brustschmerzen, akute Luftnot, Augenreizungen, Zahnfleischbluten, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit oder Schlaflosigkeit; Erhöhung des Asthmarisikos auch für passiv mit Inhalierende; seit 2018 häufen sich bei jungen Erwachsenen Meldungen zu lebensbedrohlichen Lungenentzündungen, aktuell werden 3 Todesfälle mit dem Gebrauch von E-Zigaretten in Zusammenhang gebracht;

Symptome bei Überdosierung: Nikotinwirkungen: Tremor, Unruhe, Blässe, vermehrter Speichelfluss, Schwitzen, Tachykar-



die, in exzessiven Mengen Somnolenz und zerebrale Krampfanfälle; Atemstörungen jeder Art;

Nachweismethoden: GC –MS und Feinstaubmessung (PM_{2,5}) in der Raumluft;

Therapieoptionen chronisch: bei Nikotinabhängigkeit verschiedene Raucherentwöhnungsprogramme als Gruppentherapie mit oder ohne Nikotinersatzprodukten (Pflaster, Kaugummi)

Langzeitfolgen: unbekannt – Risiko des Einstiegs ins Rauchen überhaupt; besonders in der Adoleszenz hohes Risiko einer sich entwickelnden Nikotinabhängigkeit mit Umsteigen auf Zigarettenkonsum.

Wegen des noch ungeklärten Zusammenhangs mit 215 lebensbedrohlichen Lungenentzündungen und 3 Todesfällen seit 2018 in den USA raten Experten grundsätzlich vom Ausprobieren des „Verdampfens“ ab (David C. Christiani. “Vaping-Induced Lung Injury“ in NEJM editorial 06.09.2019)!

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt
Am Hirschsprung 43, 14195 Berlin
E-Mail: mabrock@zedat.fu-berlin.de

Red.: Heinen

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die Kanzlei Dr. Möller und Partner, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.





Foto: © stalnyk - Fotolia.com

Hautdesinfektion vor Impfungen – ein Auslaufmodell?

Ich weiss nicht, wie schnell Sie umgelernt haben oder ob Sie es von Anfang an so gemacht haben: Die Aspiration vor Injektion einer Impfung ist gemäss WHO und STIKO nicht erforderlich. Die Macht der Gewohnheit: Ich muss mich noch heute bewusst darauf konzentrieren, die über fast 3 Jahrzehnte ausgeübte Aspiration vor Injektion zu unterlassen und direkt zu injizieren. Apropos Injektion - desinfizieren Sie die Haut davor (Diabetiker tun es vor Insulinapplikation schon lange nicht mehr)? Nun gerät auch dieses Dogma (erst die Haut an der Einstichstelle desinfizieren, dann den Impfstoff injizieren) ins Wanken. Wang und Kollegen haben dazu in Kanada eine randomisierte, kontrollierte Studie bei 170 Kindern durchgeführt [Wang et al; Hum Vaccin Immunother 2019;15:995-1002]. Ein unabhängiger Mitarbeiter desinfizierte die Haut mit 70% Alkohol an oder, in der Kontrollgruppe, neben der Injektionsstelle. Eltern und Kinder wie auch die impfenden Ärzte waren geblindet. Die Eltern führten anschliessend für 15 Tage ein Tagebuch über lokale Hautreaktionen beim geimpften Kind. Kinder beider Gruppen unterschieden sich in keiner der untersuchten demographischen Merkmale zu Studienbeginn und erhielten jeweils 1–4 separate Impfinjektionen. Die Hautdesinfektion hatte keinen Einfluss auf die Inzidenz irgendwelcher Hautreaktionen (mit versus ohne Desinfektion: 58% vs. 54%) sowie spezifisch von Schmerzen (45% vs. 40%), Rötung (26% vs. 21%), Schwellung (20% vs. 13%), oder Wärme (19% vs. 27%). In keiner der beiden Gruppen gab es Fälle von Eiterfluss, Abszesse oder Phlegmonen an der Injektionsstelle, was zu verhindern ja der tiefere Sinn der Hautdesinfektion ist. Allerdings war die Anzahl der Studienteilnehmer für diese Endpunkte zu niedrig gewählt, was die Autoren zum berühmten Schlussatz leitete: „future research is recommended.“ Noch also darf bzw. sollte man guten Gewissens die Haut vor Impfstoffinjektion desinfizieren. Das entspricht auch den Empfehlungen der STIKO: „Unter Beachtung der vom Hersteller angegebenen (Mindest-) Einwirkzeit soll die Impfstelle desinfiziert werden. Bei der Injektion sollte die Haut wieder trocken sein.“ [Epid Bull 2019;34: 313-364]. Beachtung der „(Mindest-)Einwirkzeit“? Oh, die beträgt angeblich 1 Minute (und länger), was wohl im Impffalltag schwer einzuhalten ist.

Impfskepsis

Ich komme nochmals auf dieses Thema zurück. Jeder von Ihnen kommt wohl regelmässig mit impfkritischen Eltern ins Gespräch. Impfkritiker – im Gegensatz zu Impfgegnern, die Impfungen kate-

gorisch ablehnen – kann man zur Akzeptanz der Impfungen bei ihrem Kind überzeugen, nur wie? Die Psychologie dazu wird eingehend wissenschaftlich untersucht, u.a. auch von der Gruppe um Prof. Cornelia Betsch an der Universität Erfurt. Sie greifen auf das so genannte „5C“ Modell zurück [Betsch et al, Bundesgesundheitsbl 2019;62:400-409], um Impfskepsis zu entgegnen. Es beinhaltet folgende 5 Komponenten, im Englischen alle mit „c“ beginnend: 1) Confidence, d.h. Vertrauen in die Sicherheit (und Wirksamkeit) von Impfungen stärken, 2) Complacency, d.h. der Selbstzufriedenheit entgegen („Impfungen sind nicht wichtig oder überflüssig, weil es die Krankheiten nicht mehr gibt“) und die Wahrnehmung der Risiken der impfpräventablen Krankheiten fördern, 3) Constraints, d.h. Impfbarrrieren wie z.B. Zeitmangel aber auch Versorgungsengpässe reduzieren, 4) Calculation, d.h. Nutzen und Risiken des Impfs abwägen, und 5) Collective responsibility, d.h. Verantwortungsgefühl für das Gemeinwohl übernehmen und zum epidemiologisch wichtigen „Kollektivschutz“ beitragen. Welche Empfehlungen lassen sich daraus für die Gesprächsführung mit Impfskeptikern ableiten? Mitgefühl und Verständnis für die Bedenken äussern, gleichzeitig aber auf Evidenz und eigene Erfahrungen verweisen. Man soll sich nicht auf einen Streit einlassen, vielmehr beharrlich bei den Fakten bleiben, selbst erlebte Beispiele erwähnen und kurze, klare Antworten geben [Betsch et al; Dtsch Ärztebl 2019;11:A520-527]. In diesem Kontext ist es auch wichtig zu wissen, dass sich Hinweise auf die Risiken der impfpräventablen Erkrankungen als wirksamer herausgestellt haben, Impfskeptiker vom Impfen zu überzeugen als zu versuchen, die bekannten Mythen (z.B. Autismus nach MMR) zu widerlegen [Horne et al; PNAS 2015;112:10321-4] - siehe „complacency“ oben. Unser Rat zählt, denn die meisten Eltern befolgen ihn ja.

Meningokokken ACWY

Mehr und mehr Länder in Europa wechseln von der Meningokokken Serogruppe C (MenC) Impfpflicht zur quadrivalenten Impfung (MenACWY). So auch die Schweiz in diesem Jahr (je 1 Dosis im Alter von 2-4 und 11-15 Jahren). Hintergrund ist die sich verändernde Epidemiologie: MenC-Infektionen sind rückläufig (möglicherweise aufgrund des Impfprogramms, bewiesen ist dies aber nicht), Men W und Y zunehmend. In Deutschland [Statistisches Jahrbuch 2018, <https://www.rki.de>] fielen 2018 von den 237 invasiven Infektionen 139 (59%) auf MenB, gefolgt von 34 (14%) MenY, 31 (13%) MenC, 30 (13%) MenW und 1 (0.4%) MenA. Sollte vor diesem Hintergrund in Zukunft in Deutschland die Empfehlung auf MenACWY erweitert werden und auch dem bekanntlich im Laufe der Zeit nachlassenden Impfschutz nach 1 Dosis MenC durch eine Auffrischimpfung Rechnung getragen werden, so gibt es jetzt gute Nachricht zur Boosterfähigkeit von MenC durch MenACWY [Nolan et al; Pediatr Infect Dis J 2019;38:643-40]: es funktioniert! In England erhielten im Alter von 12-18 Monaten MenC geimpfte Kinder 6-7 Jahre später 1 Auffrischdosis MenACWY. Nach 1 Monat später hatten $\geq 97.1\%$ der Kinder gegen alle 4 Serogruppen mutmasslich schützende Antikörper (rSBA $\geq 1:8$).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Hervorragendes Langzeitüberleben von Kindern mit Down-Syndrom und ALL mit Standardrisiko: Ein Bericht der Kinder-Onkologie-Gruppe

Excellent long-term survival of children with Down syndrome and standard-risk ALL: a report from the Children's Oncology Group

Matloub et al, Excellent long-term survival of children with Down Syndrome and standard- risk ALL. Blood advances. 2019; 3: 1647-1656

Kinder mit Down-Syndrom (DS) haben ein 10-20 x größeres Risiko, eine akute Leukämie zu bekommen als Nicht-DS-Kinder. Bisher war die Prognose für DS-Kinder mit Akuter Lymphatischer Leukämie (ALL) schlecht, schlechter als bei Akuter Myeloischer Leukämie (AML). Gründe für die schlechtere

Prognose bei ALL sind: erhöhte Infektionsrate unter Therapie, seltener prognostisch günstige chromosomale Aberrationen und erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Methotrexat (MTX).

In der Studie 1991 der amerikanischen Children's Cancer Group (CCG) wurde von 2000 bis 2005 bei 2995 Kindern mit Standard-Risiko-ALL (2920 ohne DS, 75 mit D) untersucht, ob eine Veränderung der Zytostatika in der sog. Interim-Erhaltungstherapie die Prognose verbessern könnte.

Die Kinder wurden nach Erreichen einer Remission randomisiert zu 2 unterschiedlichen Interims-Erhaltungstherapien:

MTX oral (po)-Gruppe: 8 wöchentliche po MTX Gaben, 2x Vincristin (VCR), 7 Wochen lang täglich Purinethol (6MP) und am Anfang und Ende der Interims-Erhaltung je 4 Tage Dexamethason po.

MTX intravenös (IV)-Gruppe: 5 x MTX IV, mit Steigerung der Dosis je nach Toxizität, ohne Leucovorin, 5 x VCR.

In beiden Gruppen wurde intrathekal MTX gegeben.

Die Studie zeigt, dass sowohl Ereignisfreies Überleben (EFS) als auch Gesamt-Überleben (OS) bei den DS-Patienten, die im IV MTX-Zweig waren, besser waren als in der po MTX-Gruppe obwohl die Kinder in der IV MTX-Gruppe nur 70% der MTX-Dosis erhielten. EFS und OS der DS-Kinder waren nach 10 Jahren jeweils 94,4 %, in der po MTX - Gruppe 81,5 bzw. 88,4 %. Die 2 Todesfälle bei den DS-Kindern ereigneten sich 1x während der Erhaltungstherapie (Infektion) und einmal 8 Jahre nach Diagnosestellung (unbekannte Ursache).

Es bestand kein wesentlicher Unterschied in EFS und OS zwischen den Kindern mit und ohne DS.

Fazit

Es ist möglich, durch relativ geringfügige Veränderungen bestimmter Protokoll-Elemente die Prognose für Kinder mit DS und ALL zu verbessern. Eltern müssen auf Frühsymptome einer ALL wie Knochenschmerzen, Blutungsneigung und Blässe aufmerksam gemacht werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Roswitha Dickerhoff, Prof. Dr. med. Stefan Eber; Schwerpunktpraxis pädiatrische Hämatologie/Hämostaseologie, München

Anamnese

Seit dem 2. Lebensjahr bestehen längliche Hautveränderungen am rechten Bein, die bis auf eine gelegentliche Druckschmerzhaftigkeit keine Beschwerden verursachen. Die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickelter, fast 9-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. In einer (unterbrochenen) linearen Anordnung finden sich vom rechten dorsalen Unterschenkel bis gluteal rechts ziehend multiple, schuppige Plaques unterschiedlicher Größe, die den Blaschko-Linien folgen (**Abbildung**).

Welche Diagnose wird gestellt?



KONGRESS MANAGEMENT



*Gemeinsam planen und
im Dialog zum Erfolg.*

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck
Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com
www.schmidt-roemhild.de

Diagnose

Lineare Porokeratose

Die Porokeratose bezeichnet eine seltene Verhornungsstörung der Haut. Der Begriff setzt sich aus den altgriechischen Worten *póros*, ‚Pore‘ und *kéras* ‚Horn‘ zusammen, was auf den histologisch erkennbaren Parakeratosekegel zurückzuführen ist, der schräg aus der Epidermis nach oben ragt und charakteristischerweise bei allen Porokeratose-Formen zu beobachten ist. Die Keratinozytenproliferations- und -differentierungsstörung ist durch Genmutationen von Enzymen des Mevalonatweges, wie z.B. der Mevalonatkinaase *MVK*, bedingt (1). Bei der linearen Form der Porokeratose kommt es bei primär heterozygoten Trägern vermutlich durch eine postzygotische „second-hit-Mutation“ zur Schädigung des zweiten Allels; es entsteht ein segmentaler Funktionsverlust der Mevalonat-Enzyme (2). Die Porokeratose manifestiert sich nun im Verlauf des mutierten Zellklons; benachbarte Hautareale sind nicht betroffen. Im Verlauf der Blaschko-Linien entsteht so ein kutanes Mosaik. Neben den genetischen Faktoren scheinen aber auch Triggerfaktoren wie UV-Licht, Traumata, Immunsuppression und Infekte bei der Manifestation der Porokeratose eine Rolle zu spielen.

Klinisch sind bereits im Säuglings- und Kleinkindalter strichförmig angeordnete, rötlich-braune, keratotische Papeln im Bereich von Extremitäten und Rumpf erkennbar. Während des chronisch progredienten Verlaufs haben die Patienten außer gelegentlichem Juckreiz keine subjektiven Beschwerden. Allerdings können die läsionalen Hautveränderungen gelegentlich nach Jahren in spinözelluläre Karzinome oder – seltener – Basaliome übergehen (2).

Diagnostik

Die Diagnose wird meist klinisch gestellt und ggfs. durch eine Hautbiopsie bestätigt. In der Histologie zeigen sich die namensgebenden schornsteinartigen Hyperparakeratosen, die die Epidermis v.a. im Randbereich der Läsionen durchsetzen.

Differentialdiagnostik

Neben der Porokeratose gibt es weitere entzündliche Mosaikdermatosen in der pädiatrischen Dermatologie, die sich mit ihrem jeweils typischen klinischen Bild – zum Teil ausschließlich – linear in den Blaschko-Linien präsentieren können. Besonders große Ähnlichkeit mit der Porokeratose besitzt die lineare Psoriasis, die jedoch erst im späteren Lebensalter auftritt und sich oft zusammen mit einer Plaque-Psoriasis manifestiert, die sich an den klassischen Lokalisationen findet. Inflammatorische lineäre verruköse Epidermalnaevi (ILVEN), die sich wie die Porokeratose bereits in den ersten Lebensmonaten manifestieren, zeichnen sich durch starken Juckreiz und eine langsame Progression aus. Bandförmig konfluierende, entzündliche Papeln finden sich weiterhin beim Lichen striatus, der nach Monaten ohne Residuen abheilt, und dem linearen Lichen planus. Eine Unterscheidung zwischen den Krankheitsbildern kann klinisch schwierig sein und erfordert dann eine Probebiopsie.

Therapie und Prognose

Eltern und Patient müssen über eine mögliche lebenslange Bestandsdauer der Erkrankung sowie über das erhöhte Karzinomrisiko der primär gutartigen Hautveränderungen und der damit verbundenen Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrollen aufgeklärt werden. Da nicht nur Fortschreiten und Juckreiz der Porokeratose, sondern auch ihre maligne Entartung mit kontinuierlicher UV-

Exposition assoziiert ist, muss zu einem konsequenten Sonnenschutz geraten werden. Kontrollierte Therapiestudien liegen aufgrund der Seltenheit der Erkrankung im Kindesalter nicht vor. Eine Eradikation des mutierten Keratinozytenklons gelingt nur bei kleinen Läsionen durch eine operative Entfernung vollständig. Größere Areale der linearen Porokeratose müssen konservativ behandelt werden. Ein therapeutisches Ansprechen wurde sowohl bei der Anwendung von topischen Retinoiden (Tretinoin 0,05% und 0,1%) als auch nach Einnahme systemischer Retinoide wie Acitretin und Isotretinoin beobachtet (4). In Fallberichten werden Behandlungserfolge bei der linearen Porokeratose auch nach topischen Anwendung von Diclofenac, Imiquimod und Tacrolimus beschrieben. Leider rezidivieren die Parakeratoseherde nach dem Absetzen der Medikation oft. Dies gilt auch für invasive Behandlungsansätze wie Kryotherapie, Kürettage, Dermabrasion, CO₂-Lasertherapie oder photodynamischer Therapie (PDT).

Literatur

1. Zhang Z, Lic, Wu F, Ma r et al. Genomic variations off the mevalonate pathway in porokeratosis. *Elife*. 2016;5; e 14383
2. Atzmony L., Khan HM, Lim YH, Paller AS et al. Second-Hit, Postzygotic PMVK und MVD Mutationen in Linear Porokeratosis. *JAMA*. 2019; 155:548-555
3. Scola N, Skrygan M, Wieland U et al. Altered gene expression in squamous cell carcinoma arising from congenital unilateral linear porokeratosis. *Clin Exp Dermatol*. 2012; 37:781-785
4. Weidner T, Illing T, Miguel D, Elsner P. Treatment of Porokeratosis: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017; 18:435-449

Korrespondenzanschrift:

Dr. Dörte Petersen
 Katholisches Kinderkrankenhaus
 Wilhelmstift, Abt. Pädiatrische
 Dermatologie/Allergologie,
 Liliencronstrasse 130, 22149 Hamburg
 E-Mail: d.petersen@kkh-wilhelmstift.de
 Red.: Höger

Zi-Studie zur Verordnungshäufigkeit systemischer Antibiotika veröffentlicht

Antibiotikaverordnungen niedergelassener Ärzte gehen deutlich zurück // Seit dem Jahr 2012 werden durch den Versorgungsatlas kontinuierlich Kennzahlen des ambulanten Gebrauchs systemischer Antibiotika als Basis für die gezielte Förderung eines sachgerechten Antibiotikaeinsatzes in Deutschland publiziert. Ziel der vorliegenden Studie war die Bereitstellung von Kennzahlen zur aktuellen und bundesweiten Entwicklung der ambulanten Verordnung systemischer Antibiotika in den Jahren 2010 bis 2018 mit einem Schwerpunkt auf der nach Altersgruppen differenzierten Analyse der Verordnungsmuster im pädiatrischen Versorgungsbereich.

Ergebnisse sehr positiv für die Kinder- und Jugendmedizin

Die Verordnungen von Antibiotika durch niedergelassene Ärzte sind in den letzten Jahren in ganz Deutschland und für alle Altersgruppen signifikant zurückgegangen. Das sind die zentralen Ergebnisse einer Versorgungsatlas-Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), die am 21. August 2019 veröffentlicht wurde. Die Studie umfasst eine detaillierte Untersuchung der Verordnungshäufigkeit von Antibiotika für gesetzlich Versicherte in Deutschland in den Jahren 2010 bis 2018 – unter Berücksichtigung von Trends nach Altersgruppen, Wirkstoffgruppen und KV-Bereichen.

Mit 683 Verordnungen pro 1.000 Versicherte konnte die mit Abstand höchste Verordnungsrate im Jahr 2018 bei Kindern in der Altersgruppe von 2 bis 5 Jahren beobachtet werden (0 bis 1 Jahr: 320, 6 bis 9 Jahre: 417, 10 bis 14 Jahre: 273, 15 bis 64 Jahre: 426, ≥ 65 Jahre: 517). Insgesamt ging der Verbrauch systemischer Antibiotika in der ambulanten Versorgung über den Studienzeitraum um 21 % von 562 (2010) auf 446 (2018) Verordnungen pro 1.000 Versicherte und Jahr signifikant zurück ($p < 0,001$).

Mit einer Reduktion von nahezu 50 % wiesen Kinder in der Altersgruppe 0 bis 1 Jahr den stärksten Rückgang der Verordnungsrate auf, gefolgt von den Gruppen der 2- bis 5-Jährigen (-44 %) und 10- bis 14-Jährigen (-41 %).



Dieser deutlich rückläufige Verbrauchstrend wurde in nahezu allen KV-Bereichen und für die überwiegende Zahl der eingesetzten Wirkstoffgruppen beobachtet. Im Jahr 2018 variierte die Verordnungsrate um den Faktor 1,8 zwischen dem KV-Bereich mit dem höchsten (Saarland: 572) und demjenigen mit dem niedrigsten Verbrauch (Sachsen: 317).

Bei Neugeborenen und Säuglingen (0-1 Jahr) hat sich die Verordnungsrate von 2010 bis 2018 fast halbiert: Von 630 Verordnungen im Jahr 2010 ging die Rate auf 320 Verordnungen pro 1.000 Versicherte im Jahr 2018 zurück. „Der starke Rückgang des Antibiotikagebrauchs im gesamten Alterssegment der 0- bis 14-Jährigen markiert einen tiefgreifenden Wandel in der pädiatrischen Versorgung“, stellte der Leiter des Forscherteams, Dr. Jörg Bätzing, fest. Ein Grund für den signifi-

kanten Rückgang der Verordnungsraten könnten die zahlreichen bundesweiten Initiativen zur Stärkung eines angemessenen Antibiotikaeinsatzes (bekannt unter der englischsprachigen Bezeichnung „Antibiotic Stewardship“) in Deutschland sein, so Bätzing.

Link:

https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/104/VA_19-07_Bericht-UpdateAntibiotika_2019-08-21.pdf

Zusammenstellung anhand der Daten des Zi:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Ergebnisse der Versichertenbefragungen im Auftrag der KBV 2019

(veröffentlicht am 18. August)

Seit 2006 führt die KBV quantitative und qualitative Befragungen von Versicherten durch. Sie alle zeigen einen stabilen Trend: ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung. Gleichzeitig nimmt das Wissen um den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die bundesweite Rufnummer 116117 zu. Im Auftrag der KBV wurden im Zeitraum vom 11. März bis zum 29. April 2019 telefonisch über 6.000 Versicherte zu ihrer Einschätzung der Versorgungssituation in Deutschland befragt.

Themen der Befragung:

1. Arztbesuche und Arztpraxen

- 1.1 Haus- und Facharztbesuche
- 1.2 Dringlichkeit
- 1.3 Facharztbesuch: Auslösung
- 1.4 Wartezeiten für Termine
- 1.5 Wartezeiten in der Praxis
- 1.6 Termintreue
- 1.7 Bewertung des Arztes

2. Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung

- 2.1 Versorgungssituation mit Haus- und Fachärzten
- 2.2 Versorgungssteuerung und Termin-Servicestellen
- 2.3 Psychotherapeutische Versorgung
- 2.4 Elektronische Patientenakte und elektronische AU-Bescheinigung
- 2.5 Videosprechstunde und Arzttermine online
- 2.6 Ärztliche Hilfe: Bereitschaftsnummer
- 2.7 Ärztliche Hilfe: Anlaufstellen und Notaufnahme
- 2.8 Patientenlotsen

3. Individuelle Situation

- 3.1 Eigene Gesundheit
- 3.2 Chronische Erkrankungen

Vertrauen in Ärzte hoch, „Ressource“ Arzt wird knapper

Die aktuelle KBV-Versichertenbefragung zeigt: Das **Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte** ist ungebrochen hoch. Die Wartezeiten bei gesetzlich und privat Versicherten gleichen sich tendenziell an, wobei die knapper werdende „Ressource“ Arzt eine Rolle spielt. Die Dringlichkeit von Terminen schätzen

Patienten oft höher ein, als sie aus medizinischer Sicht ist.

„Die Versichertenbefragung zeigt es immer wieder: Ganz gleich, welches Bild die Politik von der ambulanten Versorgung in Deutschland zeichnet, das Vertrauen der Versicherten in ihre Ärzte kann das nicht erschüttern. 91 % der Patienten geben an, ein gutes oder sehr gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem behandelnden Arzt oder ihrer Ärztin zu haben“, sagte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der Vorstellung der Versichertenbefragung in Berlin. Die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld hatte im Auftrag der KBV von Mitte März bis Ende April mehr als 6.100 Versicherte befragt.

Die Meinungsforscher befragen die Versicherten auch regelmäßig zum Thema **Wartezeiten**. „Wenn man sich die Ergebnisse der letzten Jahre anschaut, stellt man fest: Die Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen Termin waren bei gesetzlich und privat Versicherten nie so gravierend, wie gerne kolportiert wird. Das hindert einige Leute aber nicht daran, gebetsmühlenartig die Behauptung vorzutragen, dass gesetzlich Versicherte zu lange auf Termine warten und dies dann auch noch mit der Forderung nach einer Bürgerversicherung zu verbinden“, konstatierte Gassen.

29 % der gesetzlich und 30 % der privat Versicherten mussten bei ihrem letzten Arztbesuch überhaupt keine Wartezeit in Kauf nehmen. Jeder vierte gesetzlich Versicherte bekam innerhalb von einem Tag bis zu einer Woche einen **Termin**, bei den privat Versicherten war es jeder dritte. Die Wartezeiten haben sich im Lauf der Jahre angeglichen. Dies liegt vor

allem daran, dass auch privat Versicherte häufiger als früher längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. „Der Grund ist simpel: Arztzeit wird immer knapper. Die Tatsache, dass wir einen nahezu barrierefreien Zugang zu ärztlichen Leistungen haben, ohne Steuerung, bei gleichzeitig steigendem medizinischen Bedarf, führt dabei auch noch zwangsläufig zu einer höheren Nachfrage“, kommentierte KBV-Chef Gassen. Dabei sei es wichtig, bei der Dringlichkeit von Terminen zu unterscheiden, betonte er: „Auf eine routinemäßige Vorsorgeuntersuchung muss ich als Patient im Zweifel tatsächlich länger warten als wenn ich eine Grippe habe.“

Erstmals fragten die Meinungsforscher die Bürgerinnen und Bürger danach, wie dringend sie selbst ihren letzten Arztbesuch einschätzten. Zwei Drittel stuften diesen als dringend oder sehr dringend ein – unabhängig davon, aus welchem Grund er erfolgte. Auch Anlässe wie eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Impfung empfanden 36 % der Befragten noch als eilig oder sehr eilig. „Die ‚gefühlte‘ **Dringlichkeit** ist in vielen Fällen höher als die tatsächliche – auch wenn das aus medizinischer Sicht nicht angebracht ist“, sagte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV.

Die Versicherten wurden auch gefragt, wie sie die **Versorgungssituation mit Haus- und Fachärzten** einschätzten. In den letzten zwei Jahren ist der Anteil derjenigen, die angaben, nicht genügend Hausärzte in Wohnortnähe zu haben, von 22 auf 27 % gestiegen, bei den Fachärzten ist der Anteil von 43 auf 44 % gestiegen. „Obwohl die Arztzahlen absolut gesehen steigen, führt dies nicht automatisch

zu einer besseren Versorgungssituation. Jüngere Ärztinnen und Ärzte bevorzugen vermehrt Angestelltenverhältnisse und Teilzeitarbeit. Das hat Auswirkungen auf ihre Verfügbarkeit in der Praxis“, sagte Hofmeister und ergänzte: „Die große Ruhestandswelle bei den jetzigen Praxisinhabern steht uns erst noch bevor. Es gilt also, die Versorgung so zu organisieren, dass die verbleibenden Kräfte und deren Zeit so effizient wie möglich eingesetzt werden. Oder anders ausgedrückt: Die Ressource Arzt ist ein hohes Gut, mit dem wir sorgsam umgehen müssen.“

Das positive Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten spiegelt sich auch in der Beurteilung der **Videosprechstunde** seitens der Versicherten wider. 62 % lehnen diese für sich selbst ab. „Die meisten Menschen wünschen sich den persönlichen Kontakt zu ihrem Arzt und stehen einer Fernbehandlung oder auch nur -beratung skeptisch gegenüber“, kommentierte Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des KBV-Vorstands. 72 % der Personen, welche die Videosprechstunde ablehnen, nannten als wichtigsten Grund, den direkten Kontakt zum Arzt zu bevorzugen.

Links:

<https://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>

https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf

Zusammenstellung nach Angaben der KBV:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Appell: Exklusion beenden (Juni 2019)

Deutschland feiert aktuell 10-jähriges Jubiläum des Inkrafttretens der menschenrechtlichen Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UNBRK). Wie viel Grund zu feiern es gibt, variiert nach Lebensbereichen wie auch jeweiliger Perspektive.

Mit der Reform durch das **Bundesteilhabegesetz** in der letzten Legislaturperiode wollte der Gesetzgeber die Rechte von Menschen mit Behinderungen weiter stärken. In diesem Prozess ausdrücklich ausgenommen war die Hilfsperspektive von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. Die Aufhebung der in Deutschland nach wie vor bestehenden und seit Jahrzehnten kritisierten Aufteilung von Kindern und Jugendlichen in unterschiedliche Zuständigkeiten je nach Behinderungsform sollte einem eigenen Reformprozess vorbehalten bleiben. Dieser blieb aus und ist überfällig.

Denn Deutschland unterscheidet auch im Jahr 2019 trotz UN-Behindertenrechtskonvention und Grundrecht auf Gleichbehandlung immer noch künstlich zwischen „**Jugendhilfe**“-Kindern und „**Eingliederungshilfe**“-Kindern.

- Junge Menschen ohne Beeinträchtigungen oder mit einer seelischen Behinderung unterfallen dem Hilfesystem des **SGB VIII** und damit der **Zuständigkeit des Jugendamts**,
- junge Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen hingegen in das Hilfesystem des **SGB XII** und damit der **Zuständigkeit der Eingliederungshilfe**.

Aufgrund der hierdurch entstehenden Zuständigkeitsstreitigkeiten werden viele Kinder, Jugendliche und Familien nicht nur zwischen den Behörden hin und her geschoben, erhalten keine, verspätet oder nur unzureichend Hilfen. Die rechtlich gezogenen Trennlinien sind zudem mit einer ganzheitlichen Wahrnehmung von Menschen nicht vereinbar. So ist bspw. in jeder Hinsicht inakzeptabel, dass das **Sozialrecht den jeweiligen IQ-Wert von Kindern und Jugendlichen zum prägenden Merkmal erhebt**, weil sich danach die behördliche Zuständigkeit entscheidet. Bei **einem Wert von 69 und darunter** ist die **Eingliederungshilfe**, bei **einem Wert von 70 und darüber** die **Kinder- und Jugendhilfe zuständig**.

Die Ungleichbehandlung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ist nach 10 Jahren UNBRK ein nicht mehr zu rechtfertigender Zustand. Deshalb haben Politik und Fachwelt die Reforminitiative der letzten Legislaturperiode genutzt, sich innerhalb sowie zwischen den beiden Hilfesystemen von Jugend- und Behindertenhilfe in grundsätzlichen Fragen zu verständigen. Der im Koalitionsvertrag angelegte und vom BMFSFJ aktuell umgesetzte Weg eines

breit angelegten Beteiligungsprozesses knüpft hieran an. Nach diesem Diskussionsprozess „Mitreden – Mitgestalten“ sind der Bund und die Länder gefordert, die inklusive Lösung umzusetzen, durch die alle Kinder und Jugendlichen – mit und ohne Behinderungen bzw. unabhängig von der Art ihrer Behinderung – eine einheitliche gesetzliche Grundlage im Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) finden.

Es ist an der Zeit, dass sich alle einen Ruck geben! Der fachliche Diskurs ist so weit, dass die offenen Fragen gesetzgeberisch beantwortet werden können. Die organisatorischen Herausforderungen sind nicht banal und benötigen Aufmerksamkeit, sind aber gestaltbar. Die finanziellen Auswirkungen der Umsetzung eines inklusiven SGB VIII für die Länder und Kommunen verdienen Beachtung und entsprechender Unterstützung durch den Bund.

Für uns, die Unterzeichnenden (u. a. auch der BVKJ), ist die Gestaltung eines inklusiven Kinder- und Jugendhilferechts für alle Kinder und Jugendliche das zentrale Anliegen. Die Zeit lässt sich nicht mehr zurückdrehen. Politik steht jenseits von Parteien und föderalen Ebenen in der Pflicht, die UN-Behin-

derthenrechtskonvention umzusetzen und den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien eine **gleichberechtigte Teilhabe an den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe** zu ermöglichen. Eine Reform des Kinder- und Jugendhilferechts kann nur dann als gelungen bezeichnet werden, wenn die Exklusion von jungen Menschen mit körperlichen

und/oder geistigen Behinderungen beendet und die Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen gesetzlich gestaltet wird.

In diesem Sinne werden wir mit unserer Forderung nicht eher nachlassen, bevor die seit über 25 Jahren geführte gesellschafts- und fachpolitische Diskussion zu ihrem Erfolg findet!

Link: https://www.agj.de/fileadmin/files/pressemeldungen/Appell_Jugendhilfe_für_alle_August_2019_final.pdf

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Was ist und wie funktioniert die DAKJ? – Aufgaben der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.



**Prof. Dr. med.
Hans-Iko Huppertz**

Kinder- und Jugendmedizin angeschlossen. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf www.dakj.de.

Angesichts zunehmender ökonomischer Zwänge und Verteilungskämpfe im deutschen Gesundheitswesen ist es mehr denn je wichtig, dass die Kinder- und Jugendmedizin ein gemeinsames Sprachrohr besitzt, um sich in Politik und Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen. Die DAKJ versteht sich darüber hinaus als Plattform für einen Dialog zwischen weiteren Gesellschaften und Verbänden der Kinder- und Jugendmedizin, wie den Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinderchirurgen. Sie koordiniert und bearbeitet gemeinsame Anliegen der pädiatrischen Gesellschaften und Verbände und vertritt diese nach entsprechender interner Abstimmung nach außen.

Dazu hat sie außerdem **Kommissionen, die wissenschaftlich begründete Stellungnahmen erarbeiten:**

- Kommission Infektionskrankheiten und Impffragen
- Kommission Weiterbildungs- und Strukturfragen
- Kommission Jugendmedizin
- Kommission Frühe Betreuung und Kindergesundheit
- Kommission Globale Kindergesundheit
- Kommission Ethische Fragen

Derzeit hat die DAKJ fachliche **Stellungnahmen** zum Gesetzentwurf für das **Masernschutzgesetz** sowie dem **Referentenentwurf zur Einführung einer Verurstrafbarkeit des Cybergroomings** erarbeitet und bei den zuständigen Bundesministerien eingereicht.

Außerdem sind in den letzten Monaten ein **Positionspapier zu pädiatriespezifischen Forderungen für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung im stationären und ambulanten Bereich** erstellt sowie zahlreiche **Pressemitteilungen** veröffentlicht worden, u. a. **zu den Themen** Kinderrechte ins Grundgesetz, gesundheitliche Gefahren für Kinder und Jugendliche bei möglicher Freigabe von Cannabis und besserer Nichtraucherchutz für Kinder und Jugendliche.

Der **Vorstand der DAKJ** setzt sich aus den PräsidentInnen und VizepräsidentInnen der drei Gründungsmitglieder DGKJ (Präsidentin Prof. Krägelohmann), BVKJ (Präsident Dr. Fischbach) und DGSPJ (Präsidentin Prof. Thyen) sowie dem Generalsekretär der DAKJ und seinen beiden Stellvertretern, Dr. med. Christian Fricke, ärztlicher Leiter des Werner-Otto-Instituts in Hamburg, und Dehtleff Banthien, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Bad Oldesloe, zusammen. In der Geschäftsstelle in Berlin arbeiten Annika Brandt (Geschäftsführerin), Nina Stieger und Katarzyna Paul. Wir geben Ihnen gerne weitere Auskünfte.

Die DAKJ wird Sie zukünftig an dieser Stelle regelmäßig über ihre Arbeit informieren.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz

Generalsekretär der DAKJ e. V.

kontakt@dakj.de

Red.: WH

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

die **DAKJ** wurde 1990 als Dachverband gegründet, nachdem Ende der 1980er Jahre bei der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) der Wunsch entstanden war, die gemeinsamen pädiatrischen Interessen und Aktivitäten besser zu koordinieren und nach außen mit einer Stimme zu sprechen.

Unser gemeinsames Ziel ist die **bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen**. Die Interessen der drei genannten Gründungsmitglieder werden ausdrücklich gewahrt und deren Eigenständigkeit berücksichtigt. Im Laufe der Jahre haben sich der DAKJ weitere Verbände und Gesellschaften der

Aufruf der DAKJ

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die DAKJ möchte bessere Rahmenbedingungen in der medizinischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen erreichen. Wir sind von der Politik aufgefordert worden, eine Petition beim Deutschen Bundestag einzureichen.

Mit dieser Petition wollen wir eine öffentliche Beratung im Deutschen Bundestag erreichen, die unserem Anliegen viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit schaffen wird. An einer solchen Beratung nehmen die Petenten mit Rederecht teil. Eingeladen werden dann auch die entsprechenden VertreterInnen der Bundesregierung.

Wir bitten Sie herzlich, die Petition zu zeichnen und Unterschriftenlisten in den Praxen und Krankenhäusern für Erziehungsberechtigte und Personal auszulegen. Wenn wir ein Quorum von 50.000 Unterschriften erreichen, wird es eine öffentliche Beratung geben.

Schriftlich ist das bereits jetzt möglich – **Sie finden Unterschriftenformulare zum Ausdrucken auf www.dakj.de.** Hier gibt es auch nähere Informationen zu den 7 Forderungen. Auf unserer Website wird auch der Zeitpunkt der Online-Veröffentlichung und somit elektronischen Zeichnungsmöglichkeit im Petitionsforum des Deutschen Bundestages bekanntgegeben.

Petition der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ):

Der Deutsche Bundestag möge zeitnah Reformen diskutieren und beschließen, die die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung beenden und sicherstellen, dass die medizinische und pflegerische Betreuung von Kindern und Jugendlichen den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention gerecht wird.

Wir erleben jeden Tag, dass Eltern aufgrund einer verfehlten Bedarfsplanung keine Kinder- und JugendärztInnen mehr finden oder nicht selten wochenlang auf einen Termin warten müssen. Die Versorgungsqualität in den Kinder- und Jugendarztpraxen, Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderchirurgie ist akut gefährdet: Strukturelle Defizite, ein zunehmender Wirtschaftlichkeitsdruck und vor allem ein sich absehbar verschärfender Mangel an Fachkräften können bereits jetzt nicht mehr kompensiert werden. Es gibt zu wenige Nachsorgestrukturen (z.B. niedergelassene spezialärztliche Praxen oder Spezial-Ambulanzen), die gerade im frühen Kindesalter und bei chronischen und seltenen Erkrankungen dringend benötigt werden.

Deswegen fordern wir den Gesetzgeber auf, zeitnah Maßnahmen zu ergrei-

fen, die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu beenden. Dabei sollten vor allem folgende Punkte und Forderungen umgesetzt werden:

- Schaffung bzw. Sicherstellung sowie Finanzierung einer bedarfsgerechten pädiatrischen Versorgung
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Kinderkrankenpflege
- Erhöhung der Arztlzahl im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Erhöhung der Anzahl der Studienplätze in der Humanmedizin
- Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie analog zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- Sicherstellung des Betriebs von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin
- Vorbeugende Arzneimittelsicherheit für Kinder

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Generalsekretär der DAKJ e.V.
www.dakj.de
kontakt@dakj.de*

Wohin mit dem Geld

Aktien?

Ist die Aktie zukünftig eine Alternative, vielleicht auch zur Anleihe mit aktuellem Minuszins?

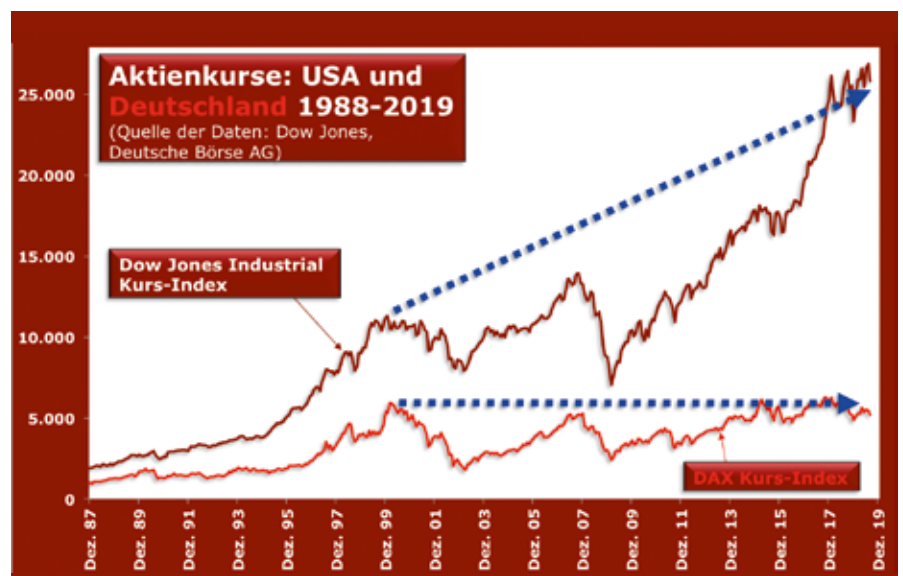
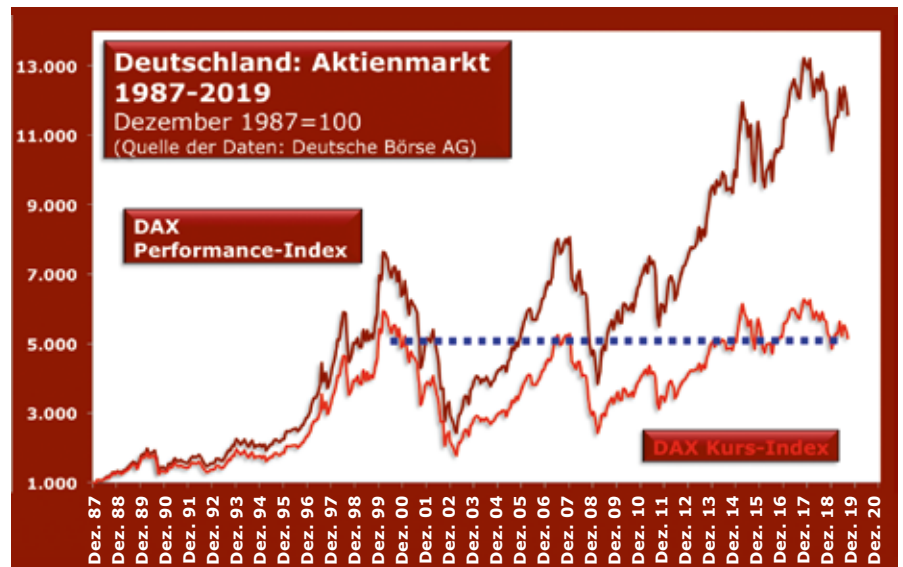
Man wagt das Wort „Aktie“ nach zwei Jahrzehnten Stagnation der Kurse hierzulande ja gar nicht mehr in den Mund zu nehmen. Denn der so oft gezeigte DAX ist ein Performance-Index, das heißt, er rechnet die gezahlten Dividenden mit ein. Nimmt man diese Ausschüttungen raus, so zeigt der reine DAX Kursindex eine endlose Stagnation der Notierungen seit dem Höhepunkt 1999/2000 an. Ich habe Ihnen das mal in der folgenden Grafik zusammengestellt. Oben finden Sie den „üblichen“ DAX und unten in rot dargestellt den Kursindex. Die blaue, gepunktete Linie markiert die Dauerflaute.

Aber selbst wenn man die Dividenden in der braunen Kurve oben mit hinzu nimmt, herrscht seit Anfang 2017 „tote Hose“. Und auch der durchschnittliche Jahresgewinn einschließlich Ausschüttungen von 2,2 Prozent seit dem Hoch im März 2000 lässt einen Aktienfreund nicht gerade jubilieren. Gründe dafür gibt es zuhauf. An obersten Stellen stehen aus meiner Sicht zwei:

- die Struktur der deutschen Unternehmenswelt
- sowie eine seit Generationen gepflegte Abneigung der deutschen Anleger gegenüber Aktien.

Da ist zunächst die starke Ausrichtung auf den Export einiger Branchen wie Auto, Maschinenbau und Chemie. Sie macht die Nachrichtenwelt hierzulande anfällig für Unruhe auf der ganzen Welt. Geht es BMW, Daimler und VW nicht gut, hat der ganze Markt ein Problem. Denn auch die andere Schlüsselbranche Chemie hängt eng mit dem Autobau zusammen. Nimmt man noch weitere Problembereiche wie die Banken oder etwa den altersschwachen Konzern ThyssenKrupp dazu (inzwischen aus dem DAX verschwunden), ahnt man bei der Zusammensetzung des gezeigten DAX, dass die Dynamik nicht allzu klasse sein konnte.

Auch umgekehrt wird eine Schuh draus, deutsche Zukunftsunternehmen à la Softwareschmiede SAP sind rar, echte Indexstars à la Apple, Alphabet (Google)



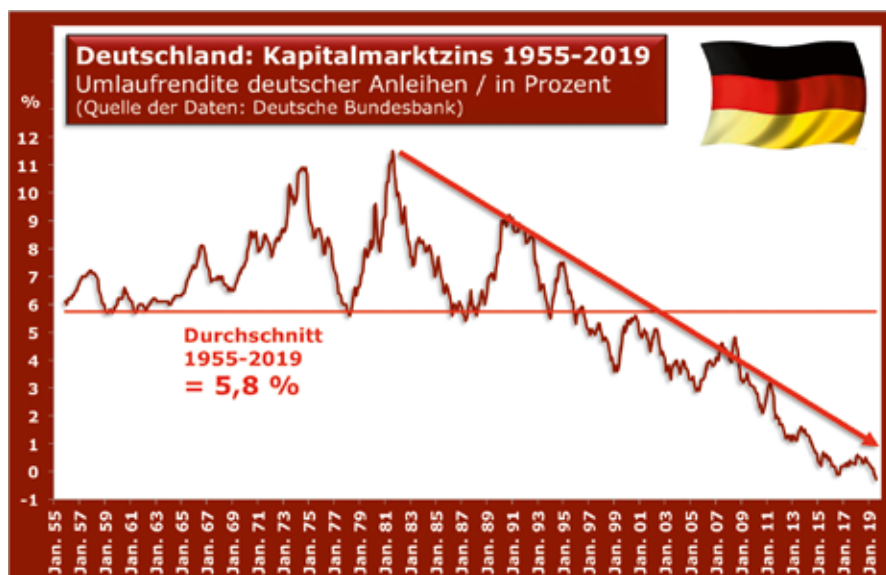
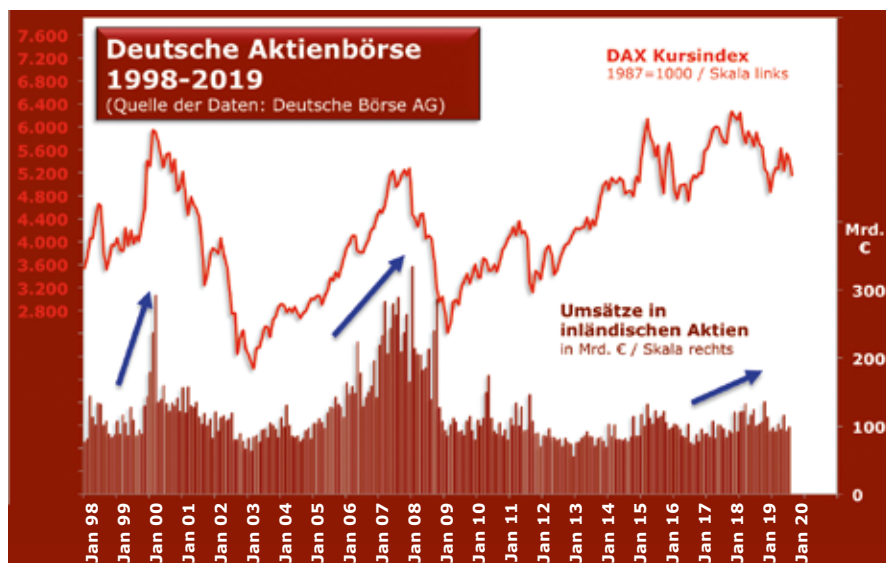
oder Facebook fehlen gleich ganz. Die Folge kann man ganz schnell beim Vergleich USA und Deutschland auf einen Blick zeigen.

Schwer zu sagen, ob die Deutschen mehr Interesse an Aktien hätten, wenn sich spannendere Unternehmen zum Kauf anbieten würden. Denn der brave Sparer hat hierzulande einen Unwillen gegen die schwankenden Aktienkurse. Das ist traditionell so, eine blühende Aktienkultur wie in den USA hat sich hier seit Kaiserzeiten nie entfalten können. Der Deutsche wird auf Aktien allenfalls dann aufmerksam, wenn es so scheint, als sei mit ihnen gerade leichtes Geld zu verdienen. Daher kam es zu einer Scheinblüte der Aktien-

kultur in den späten 1990-er Jahren mit dem Höhepunkt im März 2000.

Damals lockten Supergewinne am Neuen Markt und Sympathieträger Manfred Krug (1937-2016) erzählte im Fernsehen was von Telekom. Was ihm noch ewig nachhing. „Ich entschuldige mich aus tiefstem Herzen bei allen Mitmenschen, die eine von mir empfohlene Aktie gekauft haben und enttäuscht worden sind“, berichtete er ein Jahrzehnt später in einem Interview mit dem Nachrichtenmagazin Stern.

Kein Wunder, denn solche Phasen der Euphorie sind in der Regel der Endpunkt einer erfreulichen Entwicklung. Heißt: die gerade etwas mit dem Börsenspiel vertraut gewordenen Anleger bekamen



schon Altersvorsorge. Diese Zinsen sind jetzt bei Anleihen und auf Konten komplett weg und bei den Lebensversicherungen werden sie immer mehr schwinden, wenn in den Portefeuilles der Versicherungen alte Papiere auslaufen und durch zinslose neue ersetzt werden. Sprich: der Zinsbereich ist tot oder wird bald tot sein.

Bleibt noch die Lieblingsanlage der Deutschen: die Immobilie. Das eigene Haus ist schön und mit billigen Immobilien auch trotz hoher Preise noch zu haben. Aber eine Geldanlage darüber hinaus wird zunehmend schwieriger. Da braucht man gar nicht auf die in Berlin geplante Mietpreisbremse zu verweisen. Die laufenden Renditen sind inzwischen arg geschrumpft und nach Verwaltungskosten sowie Abschreibungen wohl noch niedriger als viele meinen. Und vor allem gilt: für die 2018 immerhin gut 200 Milliarden Euro neue Ersparnis der deutschen Privathaushalte wäre dieser Markt gar nicht aufnahmefähig.

Wenn die anderen Anlagemöglichkeiten beim besten Willen nichts mehr hergeben, bleibt den Deutschen eigentlich nur die Aktie übrig. Denn selbst wenn man sehr pessimistisch rechnet, bleibt bei ihr viel mehr laufender Ertrag als bei einer Anleihe, die ein halbes Prozent Minuszins hat. Bei Aktien kann man verlieren, bei diesen Anleihen muss die Masse der Anleger verlieren. Warum die Masse? Weil einzelne Käufer durchaus mit Kursgewinnen die negative Rendite in ein individuelles Plus drehen können. Aber nicht allen Käufern kann das gelingen, denn wo am Ende nichts ist, da ist der Kursgewinn des einen irgendwann der Verlust des anderen.

Was bleibt, ist jetzt die berühmte 100.000 Dollar-Frage: Werden die Deutschen an irgendeinem Punkt doch umfallen und mehr in Aktien investieren oder bleiben sie störrisch bei ihren Sparschweinen? Ganz abgesehen von der zweiten Frage, wenn sie denn umfallen sollten, wann sie das tun? Sicher ist für mich nur eins: Das ist die spannendste Frage am deutschen Finanzmarkt überhaupt. Denn das würde alle Karten neu mischen.

Korrespondenzanschrift:

Tilo Croonenberg
VM Vermögens-Management GmbH
Berliner Allee 10, 40212 Düsseldorf
t.croonenberg@vmgruppe.de
www.vmgruppe.de

Red.: WH

anschließend gleich wieder eine massive Klatsche, der Kurs der Telekom stürzte von über 100 Euro in der Spitze auf unter acht Euro ab. Was das von den Vätern und Großvätern ererbte Vorurteil zu bestätigen schien, Aktien seien halt nur was für Spieler – das pure Risiko.

Manchmal beschleicht einen der Eindruck, auch der Handel in deutschen Aktien würde im Zuge der Agonie langsam einschlafen. Schauen Sie sich einfach mal die Börsenumsätze in heimischen Papieren bei den verschiedenen Höhepunkten an. Und man müsste eigentlich noch die Inflation herausrechnen, die bei so langen Zeiträumen durchaus eine Rolle spielt. Aber auch so wird schon deutlich: das ist beileibe kein aufblühendes Geschäft mehr.

Nun könnte man einfach sagen: Was soll's, warum denn bloß partout Aktien? Sollen die Deutschen doch mit ihren

Immobilien, der Kapital-Lebensversicherung im Schrank, Staatsanleihen und dem Sparkonto glücklich werden. Wenn sie auf Chancen verzichten, um in Ruhe schlafen zu können, das ist doch ihr gutes Recht, warum sie aus dem Schlummer wachrütteln? Aber den Grund, warum ihr Verhalten immer problematischer werden wird, kann ich Ihnen in einem einzigen Schaubild s.o. vorführen.

Alternativen der Geldanlage und Alterssicherung?

In der Nachkriegszeit gab es im Schnitt auf sichere Anlegen so um die sechs Prozent Zinsen. Damit korrespondierten dann auch mehr oder weniger stark viele andere Anlageformen wie Lebensversicherungen oder das Kontensparen, also zusammengekommen ein beträchtlicher Teil der deut-



Foto: © pixploston/pixelio.de

Kinder psychisch kranker Eltern: Frühe Hilfen in den Familien

Kinder, die bei psychisch kranken Eltern aufwachsen, haben ein hohes Entwicklungsrisiko. In den ersten Lebensjahren ist die Gefährdung besonders intensiv. Die Stadt Hilden und das Land Baden-Württemberg haben einen sektorenübergreifenden Arbeitskreis beziehungsweise Interprofessionelle Qualitätszirkel eingerichtet, bei denen Akteure aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen gemeinsam Lösungen erarbeiten.

Kinder psychisch kranker Eltern fallen im medizinischen Alltag häufig erst dann auf, wenn sie klinisch relevante Störungen zeigen beziehungsweise sich Hinweise auf eine Eltern-Kind-Interaktionsstörung ergeben. Das Risiko ist umso höher,

- je jünger die Kinder sind,
- je länger die Krankheitsepisoden der Eltern andauern,
- je stärker die Familien isoliert sind.

Im Alter zwischen Geburt und drei Jahren – also in dem Bereich der Frühen Hilfen – ist das Kindeswohl besonders gefährdet: Überdurchschnittlich häufig werden zentrale Bedürfnisse des Kindes nicht oder zu spät erkannt oder vernachlässigt. Betreuung und Unterstützung der Familien stellen dementsprechend hohe

Anforderungen an die Durchführung von Frühen Hilfen.

Schwerpunkt: Sekundäre Prävention

Nach der Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) bilden diese sozialraumbezogene und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Angeboten für Eltern und Kinder: vom Beginn der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr. Diese Hilfen sind an alle Familien gerichtet (primäre, universelle Prävention). Ihr Schwerpunkt liegt jedoch in der Unterstützung von Familien mit psychosozialen Belastungen (sekundäre Prävention). Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern

und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Unterstützung bei Familien mit psychisch kranken Eltern ist, dass die bei Eltern bestehenden Diagnosen früh erkannt werden, also bereits während der Schwangerschaft oder in der Geburtshilfe. Dabei sollte – neben der Diagnose – auch auf weitere Risikofaktoren geachtet werden.

Im ersten Lebensjahr spielt die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion dabei eine wesentliche Rolle.

Multiprofessionelle Netzwerke

Die Bezeichnung „Frühe Hilfen für Familien mit psychisch kranken Eltern“ sollte jedoch nicht pauschal für eine einzige bestehende Institution genutzt werden. Sie beschränken sich nicht auf einen Bereich, sondern erfordern eine Kooperation in einem multiprofessionellen Netzwerk. Dies besteht aus den sektorenübergreifenden Bereichen

- 1. Gesundheitshilfe:** Frauen- und Kinder- und Jugendärzte, Psychiater (bisher eher selten einbezogen), Hebammen, Familienkinderkrankenschwestern, -hebammen, Gesundheitsamt,
- 2. Jugendhilfe:** Jugendamt (insbesondere Mitarbeiter der Frühen Hilfen), Wohlfahrtsverbände (Diakonie, Caritas, AWO, DRK, freie Jugendhilfeträger) sowie weitere soziale Institutionen, Familienzentren, Kindertageseinrichtungen und auch Tagesmütter,
- 3. Schwangeren- und Familienberatungsstellen,**
- 4. interdisziplinäre Frühförderung.**

Ein zentraler Ansatzpunkt bei auffälliger Eltern-Kind-Interaktion ist die Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit. Dies kann im Rahmen einer entwicklungspsychologischen Beratung erfolgen, zum Beispiel durch eine Baby-, Kleinkind-Beratungsstelle.

Die Akteure der Frühen Hilfen haben diagnostische, beratende, und unterstützende Aufgaben; sie ergänzen sich gegenseitig. Besondere Bedeutung haben die aufsuchenden Dienste, wie Familienhebamme und Familienkinderkrankenschwester. Durch ihre Betreuung im Elternhaus tragen sie zur Stärkung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern bei. Hinzu kommen familienentlastende Dienste, wie Haushaltshilfen und Familienpaten.

Kooperation der Akteure

Die Angebote der Frühen Hilfen sollen die Bedarfe der belasteten Familien berücksichtigen, miteinander abgestimmt werden und nicht zu einer Überforderung der Eltern führen. Voraussetzung für eine gelingende Kooperation im Netzwerk Früher Hilfen ist, dass sich insbesondere die

Akteure der Gesundheits- und Jugendhilfe persönlich kennenlernen und sich einen Überblick über bestehende Angebote und Inhalte verschaffen. Sie geben im Einverständnis der Eltern jeweils Rückmeldung, ob die Familien angekommen sind.

Nicht immer reichen ambulant durchgeführte Frühe Hilfen aus. So kann eine Mutter bei anhaltender depressiver Symptomatik mit ihrem Kind auf einer Mutter-Kind Station einer psychiatrischen Klinik aufgenommen werden. Steht dieses Angebot nicht zur Verfügung, so kann sie in einer Psychiatrie behandelt und ihr Kind, falls Partner oder Großeltern nicht zur Verfügung stehen, in einer Pflegestelle passager aufgenommen werden.

Bei Zunahme von Risikofaktoren und Verlust von Schutzfaktoren gibt es fließende Übergänge der Angebote der Frühen Hilfen und einem intervenierenden Kinderschutz, die zu einer Herausnahme des gefährdeten Kindes führen kann. Ein Unterschied zwischen beiden besteht darin, dass bei den Frühen Hilfen eine Interdisziplinarität der beteiligten Akteure vorherrscht. Beim intervenierenden Kinderschutz spielt die Jugendhilfe eine Schlüsselrolle. Hier bietet sich die Gesundheitshilfe als Partner an, da sie bei der Notaufnahme von gefährdeten Kindern in der Klinik und der diagnostischer Abklärung von Kindeswohlgefährdung in den Alltag des intervenierenden Kinderschutzes einbezogen wird. Bevor die Inobhutnahme eines Kindes zum Schutz durchgeführt wird, hat die Jugendhilfe die Möglichkeit, dies durch gemeinsames Handeln in den Familien zu vermeiden, indem Hilfen nach §27 und §16 SGB VIII eingesetzt werden. Leider wird nur selten auf diese Kooperationsmöglichkeiten zurückgegriffen.

Sektorenübergreifender Arbeitskreis

Ein Beispiel, wie eine Kooperation zwischen den Bereichen Gesundheits- und Jugendhilfe auch bei komplexen Fällen gelingen kann, stellt der sektorenübergreifende Arbeitskreis Frühe Hilfen in der Stadt Hilden dar:

Hier finden seit fünf Jahren in zeitlich unterschiedlichen Abständen an jeweils

festgelegten Tagen fachübergreifende und fallbezogene Netzwerkkonferenzen („runder Tisch“) statt. An den Konferenzen nehmen die an den Fällen beteiligten Professionen bzw. Institutionen, mindestens ein Vertreter aus dem Bereich der Wohlfahrtsverbände sowie der Chef- beziehungsweise Oberarzt der Kinderklinik oder Frauenklinik teil.



Bei diesen Konferenzen werden komplexe und unklare Fälle in pseudonymisierter Form diskutiert und gemeinsame Lösungswege gesucht. Die Teilnehmer greifen gegebenenfalls offene Fälle wieder auf oder weisen an zuständige, nicht immer bereits bekannte Stellen weiter. Sie informieren sich gegenseitig über bestehende Angebote der Frühen Hilfen in der Stadt.

Ähnliche Ziele verfolgen die in Baden-Württemberg eingeführten und auf weitere Bundesländer ausgedehnten Interprofessionellen Qualitätszirkel. Das Vernetzungsprojekt vom NZFH in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bietet ein Forum für den Austausch und die Vernetzung von Fachkräften des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe.

Fazit für die Praxis

1. Früherkennung und Frühe Hilfen sollten von Anfang an, möglichst in der Geburtshilfe oder schon während der Schwangerschaft erfolgen.
2. Das Gelingen der Frühen Hilfen kann daran gemessen werden, in welcher Weise Risikofaktoren reduziert, die Schutzfaktoren sowie die Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern gestärkt werden.
3. Frühe Hilfen in den Familien erfordern einen langen Atem und gelingende Kooperationsbereitschaft aller beteiligten multiprofessionellen Akteure.

4. Bei der Zunahme von Risikofaktoren und der Abnahme von Schutzfaktoren in Familien mit psychisch kranken Eltern/Elternteil gibt es fließende Übergänge von Frühen Hilfen zu intervenierendem Kinderschutz.
5. Zum Standard der Frühen Hilfen sollte vor Ort ein sektorenübergreifender „runder Tisch“ beziehungsweise Inter-

professioneller Qualitätszirkel gehören, an dem sich Netzwerkpartner in regelmäßigen Abständen treffen, um sich in pseudonymisierter Form über komplexe Fälle abzustimmen. Dies trägt zum gegenseitigen Kennenlernen und zu einem gemeinsamen Fallverständnis bei und somit zu einem konstruktiven Miteinander zum Wohle der betroffenen Kinder.

Literatur beim Verfasser.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wilfried Kratzsch
40625 Düsseldorf
E-Mail: W.Kratzsch@gmx.de

Red.: cb

Zahlen, Daten, Fakten

Drei Umfragen im Überblick



Foto: © Neifot/pixabay.com

Späterer Schulbeginn

1296 Erst- bis Sechstklässler hat der Kinderkanal Kika im Rahmen seines Themenschwerpunktes „Respekt für meine Rechte! Schule leben!“ in persönlichen Gesprächen befragt. Das positive Ergebnis: 80 Prozent gaben an, gerne zur Schule zu gehen. Mehr Aufmerksamkeit erregten die Antworten zum Schulbeginn: 98 Prozent der Befragten wünschten sich ganz konkret, dass der Unterricht erst zwischen 8.30 und 8.50 Uhr anfangen solle. Ihr Votum deckt sich mit der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, die ebenfalls eine Verschiebung vorschlägt, denn: „Bereits 30 Minuten weniger Schlaf kann die Leistungsfähigkeit bis zu 30 Prozent reduzieren.“

In Deutschland liegt der Schulstart meist zwischen 7 und 8 Uhr, in vielen Nachbarländern oft erst gegen 8.30 Uhr. PISA-Spitzenreiter Finnland legt den Be-

ginn sogar auf 9 Uhr. Das kommt auch den älteren Schülern ab der Pubertät sehr entgegen, deren Probleme mit dem frühen Start und der ersten Unterrichtsstunde bereits Thema zahlreicher Untersuchungen waren.

Frühstück kommt zu kurz

Hier wurden die Eltern befragt: 1.088 Mütter und Väter, die mindestens ein Kind im Grundschulalter haben, wurden vom Deutschen Institut für Demoskopie Allensbach persönlich zum Thema Frühstück interviewt. Das Ergebnis: Selbstkritisch haben die Eltern zugegeben, dass neun Prozent ihrer Kinder alleine frühstücken, elf Prozent sich das Frühstück selbst zubereiten – und jedes 10. Kind mit leerem Magen aus dem Haus geht.

Da die Umfrage repräsentativ ist, muss man – bei drei Millionen Grundschulern – von 300.000 Kindern ausgehen,

die zu Unterrichtsbeginn noch nichts gegessen haben. Die Kinderkommission, der das Problem bekannt ist, fordert als Gegenmaßnahmen „eine Kindergrundversicherung bei fehlendem Geld und eine Familienberatung bei fehlendem Wissen“. Auch ein „Notfrühstück“, das von Schulen ausgegeben wird, kann Abhilfe schaffen.

Tägliche Energy-Drinks

Die DAK und das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung haben 14.000 Mädchen und Jungen der Jahrgangsstufen 5 bis 10 zu ihrem Umgang mit Energy-Drinks befragt. 19 Prozent gaben an, mindestens ein Mal im Monat zuzugreifen, sechs Prozent trinken sie wöchentlich und drei Prozent sogar täglich. Dabei stellen die koffeinhaltigen und extrem gesüßten Getränke (80 mg Zucker pro 250 ml Dose), die zudem voller synthetischer Zusatzstoffe stecken, eine Gefahr für die Gesundheit der Heranwachsenden dar. Darauf hat das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hingewiesen und eine verstärkte Aufklärung vorgeschlagen, um dem Konsum entgegenzuwirken.

Die negativen Wirkungen spüren die Konsumenten selbst: Von den täglichen Nutzern, die zu zwei Dritteln männlich sind, klagen fast 70 Prozent über Ein- und Durchschlafprobleme. Zu den weiteren Folgen zählen laut mehreren Studien auch Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen.

Red.: cb

Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande an Dr. Jörg Woweries

Dr. Jörg Woweries, seit mehr als 30 Jahren Mitglied im BVKJ, war 25 Jahre als pädiatrischer Oberarzt und Neonatologe an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin-Perinatalzentrum am Vivantes Klinikum in Berlin-Neukölln tätig. Er hatte in dieser Zeit auch einen Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät der FU Berlin.

Während vieler Jahre der Betreuung von Neugeborenen begegnete ihm bei den Erstuntersuchungen immer wieder Neugeborene, deren Genitale nicht der medizinischen Norm entsprachen. Jahre später begann er sich zu fragen, was aus diesen Kindern geworden sei, die damals, entsprechend den geltenden medizinischen Vorstellungen, als Kleinkinder genitaloperiert wurden, um ein äußerlich unauffällig aussehendes (weibliches) Genital zu erzielen.

Nach seiner Pensionierung begann er, sich mit den ethischen und psychologischen Aspekten und Folgen dieser Operationen auseinanderzusetzen. Er erkannte in vielen Gesprächen mit Menschen, die von Varianten der Geschlechtsentwicklung betroffen waren, und deren Eltern,

welche langfristigen negativen und teils traumatisierenden Folgen das damals übliche operative Vorgehen hatte.

Daher stellte er die Notwendigkeit geschlechtsangleichender medizinischer Eingriffe an intergeschlechtlich geborenen Kindern in Frage, bis diese selbst einwilligungsfähig sind. Herr Woweries engagierte sich für eine umfassende obligate Aufklärung und psychosoziale Betreuung der Eltern. Er wurde u.a. im deutschen Ethikrat und in der Kinderkommission des Bundestages als Experte angehört und berät und unterstützt die Eltern-Selbsthilfegruppe „Intersexuelle Menschen e.V.“.

Bei der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande im Namen von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier führte der Berliner Senator für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung, Dr. Dirk Behrend, aus: „Sie kritisierten schon früh, dass Neugeborene chirurgischen Eingriffen ausgesetzt wur-

den, ohne dass hierfür ein medizinischer Grund bestand. Mit Ihrem Engagement haben Sie in Deutschland entscheidende Impulse gesetzt. Sie haben wichtige Dis-

kussionen in Gang gebracht. Aber auch an anderer Stelle war Ihr Rat gefragt. Zum Beispiel bei der Umsetzung der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung zum dritten positiven Geschlechtseintrag. Hier wurde auf Ihre Expertise ebenfalls Wert gelegt. Und Sie haben entscheidend dazu beigetragen, dass das Thema Intergeschlechtlichkeit in der Medizin nicht länger

ein Tabu ist. (...) Im Kampf für die Rechte intersexueller Menschen sind Sie ein Brückenbauer zwischen Medizin, Politik und Zivilgesellschaft“.



Korrespondenzadresse:

Dr. Elke Jäger-Roman, 12205 Berlin

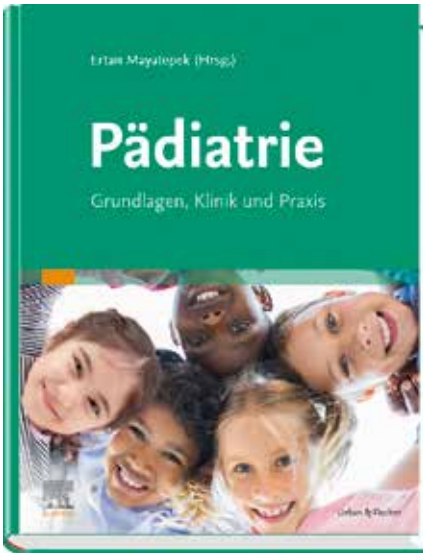
E-Mail: jaeger-roman@snafu.de

Red.: WH

Buchtipps

Pädiatrie – Grundlagen, Klinik und Praxis

Hrsg. Ertan Mayatepek, Juni 2019,
Elsevier/Urban&Fischer
ISBN 978-3-437-21661-9



Liegen gedruckte Fachbücher noch im Trend?

Die Teilnehmerzahlen an Präsenz-Fortbildungen der Kinder- und Jugendmedizin gehen allenthalben zurück. Online-Fortbildungen sind im stillen Kämmerlein und zu jeder Uhrzeit verfügbar. Wozu dann noch ein Printmedium?

Die Autoren in diesem klassischen Lehrbuch sind durchweg Experten in ihrem Fachgebiet, sei es für die wissenschaftlichen Grundlagen oder die klinisch angewandte Pädiatrie. Das Spektrum deckt in einem großen Bogen die Propädeutik der Kinder- und Jugendmedizin mit den wichtigsten Untersuchungstechniken in allen Altersgruppen, die Prävention und davon ausgehend sämtliche Facetten der spezialisierten Pädiatrie bis zur Sozialpädiatrie ab.

Die einzelnen Krankheiten werden nach einer einheitlichen und logischen Struktur abgehandelt: Definition, Symptome, Ätiologie und Pathogenese, Diagnostik und Therapie.

Garniert sind die Kapitel mit hervorragendem fotografischen Bildmaterial, übersichtlichen und gut handhabbaren Tabellen, wie auch selbsterklärenden Grafiken.

Jetzt kommt der sinnvolle Brückenschlag zu elektronischen Medien mit ei-

ner nützlichen Anwendung ins Spiel: Ein kluger innovativer Akzent ist der Bezug zu aktuellen Leitlinienversionen, auf die man im Einzelfall und bei entsprechendem Vertiefungsbedarf über einen QR-Code zurückgreifen kann. Damit ist gewährleistet, dass dieses Lehrbuch nicht irgendwann im Antiquariat verstaubt. Der Stand des medizinischen Wissens bleibt stets zeitgemäß.

Die 838 Seiten des Hardcovers sind – Seite für Seite – ein Muss und ein Gewinn für die Präsenzbibliothek eines jeden Kinder- und Jugendarztes während und nach der Weiterbildung und schon vorher für alle, die sich bereits im Studium für dieses schöne und weitgefächerte Fach interessieren.

Mehr noch: Gute Lehrbücher haben einen Mehrwert, der durch keinen oft allzu flüchtigen Screen-Shot zu ersetzen ist. Sie sind im besten Sinne fachliterarisches ‚Prêt-à-porter‘ und keine Eintagsfliegen.

Zurück zur Eingangsfrage: Dieses wirklich empfehlenswerte Buch liegt voll im Trend.

Korrespondenzadresse:

Dr. Klaus Rodens, 89128 Langenau
E-Mail: klausrodens@t-online.de

Red.: WH

Was bedeutet eigentlich ...



Foto: © Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de

... Screenitus?

Damit meinen Jugendliche das „Gefühl der Erschöpfung, wenn man zu lange auf einen Bildschirm gestarrt“ habe. Der Begriff stand in vergangenen Jahr auf der Auswahlliste zum Jugendwort des Jahres. Das wird seit 2008 gekürt und unter medialer Aufmerksamkeit veröffentlicht: Junge Nutzer reichen zuvor ihre Vorschläge ein, eine Redaktion entscheidet. Einige der Begriffe sind mittlerweile im aktuellen Sprachgebrauch wieder verschwunden, wie „lindnern“ oder „gutenbergen“. Andere werden über den Wettbewerb verbreitet, so zum Beispiel der „Smombie“, der aus einem Mix von Smartphone und Zombie entstand und der das Verhalten zahlrei-

cher Handy-Nutzer in der Öffentlichkeit treffend beschreibt. Fast nach einem Medizinlexikon klingt auch der Begriff „Borderritis“, hinter dem sich eine „Allergie gegen Grenzen“ verbirgt. Nahezu selbsterklärend ist hingegen das „Brexiting“ oder „Brexit machen“: sich mehrfach von einer Party verabschieden und dann doch nicht gehen!

... Rasenmähereltern?

Der Begriff ist vor wenigen Jahren aus Amerika eingewandert. Dort hatte ein Lehrer auf der Webseite Weareteachers.com von seinen Erfahrungen mit Eltern berichtet, die „alles tun, was nötig ist, um ihr Kind vor Rückschlägen, Auseinandersetzungen oder Misserfolgen zu bewahren.“

Anstatt ihre Kinder auf Herausforderungen vorzubereiten, mähen sie Hindernisse nieder, so dass die Kinder sie gar nicht erst zu spüren bekommen“. Experten beobachten den Trend zu einem überfürsorglichen Verhalten der Eltern mit kritischem Blick und warnen vor den Folgen. Kinder, die sich nicht früh mit ihrer Umgebung auseinandersetzen konnten, haben später große Probleme, da sie „ihre Emotionen und ihr Verhalten nicht effektiv regulieren können“, so das Ergebnis einer Langzeitstudie der University of Minnesota Twin Cities. Was Eltern vermutlich nicht bedenken:

Durch das ständige Intervenieren vermitteln sie ihren Kindern, dass diese die Probleme nicht ohne Hilfe lösen können.

... Morbus Google?

Ebenso wie hinter der Cyberchondrie steckt auch hier der Begriff für das Verhalten, im Internet nach Diagnosen zu suchen. Dies kann innerhalb kürzester Zeit zu einem Zwang werden, der einerseits den rechtzeitigen Besuch beim Arzt verhindert, andererseits oftmals zu überflüssigen Ängsten führt. Denn aus einem

Kopfschmerz wird in der Eigendiagnose rasch eine schwere Migräne oder sogar der Verdacht auf einen Hirntumor. Besonders gefährlich ist dabei der Austausch in Foren, bei dem Laien ihr gealltes Nichtwissen miteinander teilen. Selbst Internetseiten, auf denen sich Mediziner äußern, sind eher kritisch zu sehen: Sie können keinesfalls das persönliche Arzt-Patient-Gespräch in all seinen Facetten ersetzen. In seriösen Foren wird darauf auch stets hingewiesen.

Red.: cb

Buchbesprechung

Die Buchautorin und Ärztin **Dr. Gisela Gille** stellt seit vielen Jahren der schulischen Sexualaufklärung ihre ärztliche Kompetenz an die Seite. Darüber hinaus engagiert sie sich mit Vorträgen und Publikationen an verschiedensten Stellen für die Laienaufklärung zum Thema Sexualität, Körperbewusstsein und Gesundheitserziehung.

In altersgemäß ansprechender Form holt sie in ihrem aktuellen Buch „**Mädchen fragen Mädchenfragen**“ die Zielgruppe der Mädchen ab dem 11. Lebensjahr auf dem Stand ihrer Entwicklung ab. In dem Bewusstsein, dass der Sexualkundeunterricht in der Schule diese Altersgruppe nur dann erreichen kann, wenn die Mädchen bereits vorher Gelegenheit hatten, ihren sich verändernden Körper kennenzulernen und dessen Wertschätzung erfahren zu haben, führt Frau Dr. Gille die Mädchen behutsam und empathisch anhand im Original eingefügter Mädchenfragen in das Thema Pubertät ein. Das in der Sprache der Zielgruppe geschriebene und von dem Designer Dr. Niels Schröder ansprechend illustrierte Buch ist ein brillantes Werk der Wissensvermittlung für junge Mädchen und sollte jedem Frauenarzt sowie Pädiater bekannt sein.



Das ebenfalls von Frau Dr. Gille verfasste Buch „**Mädchen fragen – Mütter wissen**“ wendet sich konsequenterweise an die Mütter der Zielgruppe, die bekanntlich deren präferierte Wissensvermittler bei sexuellen Themen sind. Gisela Gille spannt hier auch den Bogen zu Körperwahrnehmung und Sexualität

der Mütter selbst, eine wesentliche Voraussetzung für kompetente Information des eigenen Nachwuchses. Frau Dr. Gille nimmt neben den Frauenärztinnen und -ärzten auch die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit ins Boot, indem sie ausdrücklich auf die große Bedeutung der **Jugendgesundheitsuntersuchung J 1** hinweist, die zum Leistungsangebot des Vorsorgeprogramms der Krankenkassen gehört und sich neben anderen präventiven Themen wie Drogen- und Medienmissbrauch, schulischen und psychosozialen Problemen sowie Impfprävention ebenso dem Themengebiet „Körperbewusstsein und Sexualität“ bei den 12 bis 14-Jährigen widmet.

Die beiden Bücher von Frau Dr. Gille sind hervorragende Ratgeber, die jungen Mädchen ebenso wie ihren Müttern wärmstens empfohlen werden sollten.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V., Präsident
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Red.: WH

Geburtstage im November 2019

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Wolfgang Raff**, Ravensburg, am 03.11.1954
 Herr Dr. med. **Thomas Reese**, Rheine, am 04.11.1954
 Herr **Harald Lüdicke**, Kerpen, am 07.11.1954
 Frau **Susanne Meuser**, Köln, am 07.11.1954
 Herr Dr. med. **Joachim Suder**, Tübingen, am 08.11.1954
 Herr Dr. med. **Carsten Hahn**, Weinheim, am 09.11.1954
 Herr Dr. med. **Gerd Hüls**, Pinneberg, am 10.11.1954
 Herr **Martin Diehl**, Enkenbach, am 10.11.1954
 Herr **Gregor Schwarz**, Pforzheim, am 10.11.1954
 Herr Dr. med. **Hans-Jürgen Kühle**, Gießen, am 11.11.1954
 Herr Dr. med. **Ingo Müller-Hansen**, Tübingen, am 13.11.1954
 Frau Dr. med. **Helga Neubert**, Bad Oldesloe, am 14.11.1954
 Herr **Peter Schartmann**, Aachen, am 16.11.1954
 Frau Dr. med. **Gabriele Niehaus**, Hamm, am 17.11.1954
 Herr Dr. med. **Hubert Radinger**, Bonn, am 17.11.1954
 Herr Dr. med. **Ansgar Forderer**, Fulda, am 17.11.1954
 Herr Prof. Dr. med. **Berthold Koletzko**, München, am 19.11.1954
 Frau Dr. med. **Marion Kleine**, Hamm, am 21.11.1954
 Frau Dr. med. **Maria Nötzel**, Goslar, am 23.11.1954
 Frau Dipl.-Med. **Birgit Neumeister**, Halle, am 27.11.1954
 Herr Dr. med. **Roland Reif**, Nürnberg, am 28.11.1954
 Herr **Uwe Nothnick**, Waldbröl, am 30.11.1954

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Hans Grieffenhagen**, Friesoythe, am 02.11.1949
 Frau Dr. med. **Ingrid Speer**, Moos, am 04.11.1949
 Herr Dr. med. **Gerhard Noe**, Münster, am 05.11.1949
 Herr **Reinhold Jansen**, Daun, am 06.11.1949
 Frau Dr. med. **Birgitta Freifrau von Heereman**, Pulheim, am 06.11.1949
 Herr Dr. med. **Harald Jung**, Bad Camberg, am 08.11.1949
 Herr Dr. med. **Helmut Wolschner**, Minden, am 13.11.1949
 Herr Dr. med. **Josef Sauerbier**, Bebra, am 14.11.1949
 Herr Dr. med. **Günter Osse**, Göttingen, am 16.11.1949
 Herr Dr. med. **Ludwig Schlegel**, Nürnberg, am 23.11.1949
 Herr Dr. med. **Wolfgang Marg**, Bremen, am 24.11.1949
 Herr Dr. med. Dipl.-Psych. **Gerhard M. Beron**, Nackenheim, am 24.11.1949
 Herr Dr. med. **Johannes Obermeyer**, Itzehoe, am 25.11.1949
 Herr Dr. med. **Christian Geißendörfer**, Thierstein, am 27.11.1949

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Gerd Ratzmann**, Neuenkirchen, am 02.11.1944
 Herr Dr. med. **Norbert Bohlen**, Düsseldorf, am 02.11.1944
 Herr Dr. med. **Volker Heinke**, Dresden, am 05.11.1944
 Frau **Gerhild Lischke**, Berlin, am 07.11.1944
 Frau Dr. med. **Erika Ostholt**, Sprockhövel, am 10.11.1944
 Frau Dr. med. **Uta Ringeling**, Hankensbüttel, am 10.11.1944
 Frau Dr. med. **Sonnhild Suske**, Wunsiedel, am 11.11.1944
 Herr Dr. med. **Heinz Reiniger**, Ottobrunn, am 12.11.1944
 Herr Dr. med. **Jochen Müller**, Köln, am 13.11.1944

*Sollte ein Mitglied nicht wünschen, dass sein Geburtstag in der Gratulationsliste erwähnt wird, bitten wir um rechtzeitige Nachricht. (4 Monate vor dem Geburtstag)
 Gerne per E-Mail an: bvkj.buero@uminfo.de oder per Post an
 BVKJ Mielenforsterstraße 2, 51069 Köln*

Herr Dr. med. **Bernd Simon**, München, am 15.11.1944
 Herr Dr. med. **Roland-Josef Riedl-Seifert**, Kassel, am 16.11.1944
 Herr Dr. med. **Michael Finke**, Leer, am 16.11.1944
 Herr Dr. med. **Bernd Poser**, Wipperfürth, am 19.11.1944
 Herr Dr. med. **Franz Thanner**, Passau, am 20.11.1944
 Herr Dr. med. **Heinrich Lang**, Stuttgart, am 24.11.1944
 Herr Dr. med. **Michael Osang**, München, am 25.11.1944
 Frau **Helgard Salewski**, Burbach, am 29.11.1944
 Frau Dr. med. **Christel Gloria Schlender**, Berlin, am 29.11.1944

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Hans Eberhard Goeke**, Eggenstein-Leopoldshafen, am 01.11.1938
 Herr MR Dr. med. **Christian Töpfer**, Fürstenberg, am 01.11.1934
 Frau Dr. med. **Ursula Schmitz**, Nettetal, am 02.11.1925
 Herr Dr. med. **Adolf Tier**, Hohenstein, am 03.11.1939
 Herr Dr. med. **Hermann Stapper**, Johannesberg, am 04.11.1932
 Herr Dr. med. **Christof Schütz**, Lappersdorf, am 04.11.1930
 Frau Dr. med. **Uta Lübben**, Hamm, am 05.11.1939
 Frau Dr. med. **Hildegard Schneider**, Edingen-Neckarhausen, am 05.11.1921
 Frau Dr. med. **Antoinette Olga Binder-Popescu**, Mülheim, am 06.11.1938
 Frau Dr. med. **Maria Brommundt**, Braunschweig, am 06.11.1939
 Herr Prof. Dr. med. **Werner Kirsch**, St. Ingbert, am 06.11.1936
 Herr Dr. med. **Alfons Steigenberger**, Vilsbiburg, am 06.11.1939
 Herr Dr. med. **Wilhelm Janssen**, Sundern, am 07.11.1939
 Frau Dr. med. **Christel Merkel**, Hettstedt, am 07.11.1937
 Frau Dr. med. **Tilla Gritzmann**, Stuttgart, am 07.11.1934
 Frau Dr. med. **Ursel Schache**, Zerpenschleuse, am 07.11.1939
 Frau Dr. med. **Anita Ch. Heller**, Weimar, am 09.11.1939
 Herr Dr. med. **Ludolf Carstens**, Hamburg, am 10.11.1936
 Frau Dr. med. **Helge Schöppe**, Hannover, am 11.11.1930
 Herr Dr. med. **Christoph Atzler**, Nittendorf, am 12.11.1933
 Herr Dr. med. **Harut Kassabian**, Rottach-Egern, am 12.11.1936
 Herr Dr. med. **Götz Götzinger**, Witten, am 13.11.1936
 Frau Dr. med. **Edith Stern**, Viechtach, am 15.11.1937
 Herr Dr. med. **Jürgen Brunnberg**, Würzburg, am 15.11.1937
 Herr Dr. med. **Ulrich Panke**, Kaufbeuren, am 15.11.1939
 Herr Dr. med. **Josef Lang**, Stade, am 15.11.1934
 Frau Dr. med. **Anna Ernst**, Kaarst, am 17.11.1936
 Herr Dr. med. **Hans Emil Fredrich**, Backnang, am 17.11.1935
 Herr Dr. med. **Klaus Schwieger**, Leipzig, am 18.11.1939
 Herr Dr. med. **Hans-Georg von Dehn**, Haan, am 18.11.1938
 Herr Dr. med. **Eberhard Schölzke**, Remscheid, am 21.11.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Dieter Lüders**, Seesen, am 21.11.1929
 Herr Dr. med. **Werner Nogossek**, Zörbig, am 22.11.1939
 Herr Prof. Dr. med. habil. **Siegwart Bigl**, Chemnitz, am 23.11.1938
 Herr Dr. med. **Max Schmidt**, Nürnberg, am 25.11.1938
 Frau Dr. med. **Ines Stegner**, Bielefeld, am 27.11.1939
 Herr Dr. med. **Norbert Borig**, Mainz, am 28.11.1939
 Herr Dr. med. **Dieter Himmelreich**, Bad Wimpfen, am 29.11.1938
 Herr Dr. med. **Berthold Blömer**, Damme, am 29.11.1939

Gratulation an Frau Dr. Gunhild Kilian-Kornell zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Gunhild Kilian Kornell wurde am 5.10.1954 in Dortmund als Älteste von drei Töchtern eines Lehrerehepaars geboren, studierte von 1973 bis 1979 in Münster Humanmedizin, wurde 1979 approbiert, 1981 promoviert und arbeitete von 1980 bis 1983 zwei Jahre an der Kinderklinik in Iserlohn, wechselte dann in die



Kinderchirurgie in Dortmund. 1986 legte Gunhild Kilian-Kornell die Facharztprüfung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde in München ab, 1987 ließ sie sich am Starnberger See mit eigener Praxis nieder.

Gunhild Kilian-Kornell hat für den BVKJ in den verschiedensten Funktionen gearbeitet, so als Delegierte in der Bayerischen Ärztekammer, jahrelang im BVKJ-Ausschuss Jugendmedizin. Von allen Verdiensten für unser Fach und für den BVKJ ist ihr Einsatz als Bundespressesprecherin besonders hervorzuheben. Hier hat sie Pionierarbeit geleistet und die Öffentlichkeitsarbeit unseres Verbandes geradezu revolutioniert. Sie hat damals

jedoch erkannt, wie wichtig es ist, nicht nur Kinder in ihrer gesundheitlichen Entwicklung zu begleiten, ihren Eltern mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, sondern auch die Öffentlichkeit über die wichtige Arbeit zu informieren.

Zunächst war sie von 1994 bis 2004 in Bayern als Pressesprecherin tätig, ab 1997 bis 2007 dann

auch als Bundespressesprecherin. In dieser Funktion hat sie das dichte Netz an Landespressesprechern aufgebaut, das bis heute kein anderer ärztlicher Verband hat.

Sie war lange DAS Gesicht der Kinder- und Jugendärzte in der Öffentlichkeit, hat sicher Hunderte von Interviews in Zeitschriften, Radio und Fernsehen gegeben und war zudem zehn Jahre Chefredakteurin unseres damaligen Elternmagazins jung & gesund.

Auch als kooptiertes Vorstandsmitglied hat sie viel Jahre ihre wertvollen Ideen und Anregungen in die Verbandsarbeit eingebracht.

Nebenbei fand sie sogar noch Zeit, ihr profundes pädiatrisches Wissen zu Papier zu bringen und in verschiedenen Elternratgebern zu veröffentlichen.

Der BVKJ hat Gunhild in diesem Jahr in Anerkennung ihres großen Engagements für den Verband mit der Goldenen Ehrennadel ausgezeichnet. Bereits 2010 wurde sie für Ihre berufspolitischen Verdienste mit dem August-Steffen-Preis des BVKJ geehrt.

Liebe Gunhild, Du kannst sehr stolz auf Deine Berufstätigkeit zurückblicken, wir wünschen uns noch mehr Kolleginnen wie Dich, die sich so bewundernswert engagieren und unser schönes Fachgebiet in der Öffentlichkeit so gut darstellen. Wir wünschen Dir noch viele schöne Jahre mit Deinem Karel, vielleicht kommt ja jetzt eine etwas ruhigere Zeit.

*In alter Verbundenheit
Wolfram*

Korrespondenzadresse:

*Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de*

Herrn Professor Dr. Stefan Wirth zum 65. Geburtstag

Am 11. Oktober 2019 feiert Herr Prof. Dr. Stefan Wirth, Wuppertal, seinen 65. Geburtstag. In Stuttgart geboren absolvierte er dort seine Schulzeit und studierte sodann in Freiburg, Mainz und Bern Humanmedizin. 1981 erfolgten Approbation sowie Promotion. Seine Facharztweiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt führte ihn an die Universitätskinderklinik Mainz, wo er 1986 die Facharztprüfung ablegte.

Hier arbeitete Prof. Dr. Wirth in den Schwerpunkten Gastroenterologie, Endokrinologie und Neonatologie. Von 1990 bis 1996 war er als Oberarzt in Mainz tätig, bevor er zum Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin in Wuppertal berufen wurde. Von 2001-2011 war er stellv. ärztlicher Direktor des Heliosklinikums Wuppertal. Neben zahlreichen weiteren Aufgaben ist Prof. Dr.

Wirth Fachgruppenleiter der Helios Fachgruppe Pädiatrie.

Er hat sich stets sehr stark für die pädiatrische Aus-, Fort- und Weiterbildung engagiert, so als Schriftleiter der „Pädiatrischen Praxis“, Redaktionsmitglied der „Monatsschrift für Kinderheilkunde“ und Leitlinienbeauftragter der DGKJ.

Dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ist Prof. Dr. Wirth seit vielen Jahren verbunden. Von 2003-2009 leitete er sehr erfolgreich den Fortbildungsausschuss des Verbandes. In dieser Zeit gelang ihm die Konzeptionierung und Durchführung vieler exzellenter Kongressveranstaltungen mit stets



praxisrelevanten Themen, die durchweg sehr positiv beurteilt wurden. In Würdigung seiner zahlreichen Verdienste um die deutsche Pädiatrie und den BVKJ hat der BVKJ Herrn Prof. Dr. Wirth mit der Meinhard-von-Pfaundler-Medaille ausgezeichnet. Der BVKJ gratuliert zum Ehrentag sehr herzlich und wünscht Prof. Dr. Wirth alles Gute, vor al-

lem Gesundheit und weiterhin viel Freude am Beruf.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach, Präsident

Red.: WH

Fortbildungstermine

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter: www.bvkj.de/kongresse

2. November 2019

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /
Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn,
Auskunft: ③

6. November 2019

Immer etwas Neues in Nürtingen

Auskunft: ⑤

9.-10. November 2019

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/München /
Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

09.-10. November 2019

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V. in Fulda

Auskunft: ⑤

27. November 2019

Immer etwas Neues in Leverkusen

Auskunft: ⑤

4. Dezember 2019

Immer etwas Neues in Magdeburg

Auskunft: ⑤

① **CCJ GmbH**

Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel.: 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214
kongresse@schmidt-roemhild.com

③ **DI-TEXT**

Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de

④ **Interface GmbH & Co. KG**

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399
info@interface-congress.de

⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel.: 0221-68909-26,
Fax: 0221-68909-78, bvkj.kongress@uminfo.de

Vaxigrip Tetra® 2019/2020 von Sanofi Pasteur für die diesjährige Grippesaison verfügbar

- *Wachsendes Bewusstsein für Grippeerisiken und – schwere führt zu einer steigenden Nachfrage nach Influenza-Impfstoffen*
- *Vaxigrip Tetra® 2019/2020 mit breitester Indikation nach der Zulassung zum passiven Schutz von Säuglingen unter 6 Monaten durch Impfung der Schwangeren*

Sanofi Pasteur hat mit der Auslieferung von Vaxigrip Tetra® 2019/2020 begonnen. Die Impfung hat große Bedeutung, da sie nicht nur zum Impfschutz vor Influenza-Erkrankungen beiträgt, sondern auch Gesundheitsrisiken wie schwere Atemwegserkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall verringert. Durch die Zulassungserweiterung von Vaxigrip Tetra® können nun auch Säuglinge unter 6 Monaten nach Grippeimpfung der Schwangeren passiv geschützt werden.¹

Jede Grippesaison stellt jedoch eine besondere Herausforderung dar, da es schwierig ist, genau vorherzusagen, welche Influenza-Stämme dominieren werden, in welchem Ausmaß sie schwerwiegende Erkrankungen auslösen und welche Auswirkungen sie haben.

Aus diesem Grund änderte die WHO 2019 zwei der vier für den diesjährigen Impfstoff empfohlenen Virenstämme gegenüber dem Vorjahr und verzögerte die Bekanntgabe eines dieser Virenstämme (A / H3N2) um einen Monat, um die Zusammensetzung für die kommende Saison zu optimieren.

„Die Änderung zweier Virenstämme und die Produktion in einem verkürzten Zeitraum stellten die Branche vor zusätzliche Herausforderungen“, stellt Monica McGill, Influenza Global Industrial Leader, Sanofi, fest.

Sanofi Pasteur wird in dieser Saison Kunden vollumfänglich Vaxigrip Tetra® 2019/2020 zur Verfügung stellen, um die wachsende Nachfrage zu befriedigen und zum Schutz der Gesundheit aller beizutragen.

Unterschätzte Influenza-Risiken

Jeder ist von Influenza bedroht, da sich die Krankheit leicht durch Husten, Nie-

sen oder Sprechen ausbreitet. Jedes Jahr werden weltweit 3 bis 5 Millionen Fälle von schwerer Influenza gemeldet. Abhängig von der Virulenz des Virus können mit Influenza assoziierte Todesfälle zwischen 290.000 und 650.000 Menschen betragen.² Jüngste Studien zeigen jedoch, dass das volle Influenza-Risiko und seine schwerwiegenden Folgen weiterhin unterschätzt werden. Komplikationen der Grippe können tatsächlich schwere Atemwegserkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall bei Menschen jeden Alters und besonders bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem sein.³ Unmittelbar nach einer Influenza-Infektion ist beispielsweise das Herzinfarktrisiko um das Sechsfache erhöht.⁴

Bedeutung der Impfung gegen Influenza

Die Gesundheitsbehörden – darunter die WHO und die US-amerikanischen Zentren für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten (CDC) – raten Risikogruppen, sich jährlich gegen Influenza impfen zu lassen.

Neben der Vorbeugung von Influenza-Erkrankungen hat sich gezeigt, dass Impfungen das Risiko der schwersten und lebensbedrohlichsten Komplikationen der Grippe verringern. Beispielsweise liegen die Schätzungen zur Vorbeugung von Herzinfarkten durch Influenza-Impfungen zwischen 15% und 45%. Diese Wirksamkeit ist vergleichbar mit routinemäßigen Maßnahmen zur Vorbeugung von Herzinfarkten wie Raucherentwöhnung (32-43%), Statinen (19-30%) und Medikamenten gegen Bluthochdruck (17-25%).⁵

Die steigende Nachfrage nach Influenza-Impfstoffen ist ein gutes Zeichen

dafür, dass das Bewusstsein für diese Risiken bei Ärzten und der Öffentlichkeit steigt. Dies unterstreicht die generelle Bedeutung von Impfungen. Empfohlener Zeitraum für die Gripeschutzimpfungen ist Oktober oder November, damit der Impfschutz rechtzeitig und ausreichend lange aufgebaut werden kann. Sollte dieses Zeitfenster verpasst werden, ist eine spätere Impfung dennoch sinnvoll. Damit kann die Verbreitung der Viren bestmöglich kontrolliert, der Infektionsschutz verbessert und das Risiko schwerwiegender Folgen für die Gesundheit von Einzelpersonen und der Öffentlichkeit verringert werden.

Referenzen

1. Fachinformation Vaxigrip Tetra®, Stand August 2019
2. World Health Organization (WHO). (2018c). Influenza (Seasonal). Abrufbar unter: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)) Letzter Zugriff: 12.09.2019
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019c). Flu Symptoms & Complications. Abrufbar unter: https://www.cdc.gov/flu/symptoms/symptoms.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fflu%2Fconsumer%2Fsymptoms.htm Letzter Zugriff: 12.09.2019
4. Kwong, J. et. Al. (2018). Acute Myocardial Infarction After Laboratory-Confirmed Influenza Infection. The New England Journal of Medicine, 78(4), p.349. Abrufbar unter: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1702090> Letzter Zugriff: 12.09.2019
5. Macintyre C. R., Mahimbo A., Moa A. M., & Barnes M. (2016). Influenza vaccine as a coronary intervention for prevention of myocardial infarction. Heart, 102(24), 1953-1956. Abrufbar unter: <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/102/24/1953.full.pdf> Letzter Zugriff: 12.09.2019

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin

Schnell wirksames Insulin aspart jetzt auch für Kinder ab 1 Jahr

Die schnell wirksame Insulin aspart-Formulierung Fiasp® ist von der Europäischen Kommission jetzt auch für Jugendliche und Kinder ab dem Alter von 1 Jahr zugelassen. Dies beinhaltet auch die Pumpenanwendung*. Damit kann auch diese Patientengruppe – genauso wie bisher schon Erwachsene mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes – von dem schnellen Wirkeintritt profitieren, der in Studien bei Anwendung zur Mahlzeit mit einem geringeren Anstieg des postprandialen Blut-

zuckers im Vergleich zu konventionellem Insulin aspart (NovoRapid®) verbunden war. [1,2,3]

Grundlage für die Zulassungserweiterung sind die Ergebnisse aus der Phase 3a-Studie onset* 7 [1], in der die Wirksamkeit und Sicherheit von Fiasp® im Vergleich zu NovoRapid® bei Kindern und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes und Basal-Bolus-Therapie evaluiert wurde. Hier wurde deutlich, dass die schnell wirksame Insulin aspart Formulierung dazu beitragen kann, das

postprandiale Diabetesmanagement für Kinder und Jugendliche sowie ihre Betreuer verglichen mit NovoRapid® zu verbessern.

Wirksamkeit und Sicherheit bei Kindern belegt

An der randomisierten, teilweise doppelblinden, 26-wöchigen Studie, nahmen 777 Kinder und Jugendliche mit Typ 1 Diabetes im Alter zwischen 2 und 18 Jahren teil. Die Patienten erhielten entweder Fiasp® zu den Mahlzeiten, NovoRapid® zu den Mahlzeiten oder Fiasp® 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeiten. Alle Behandlungsarme beinhalteten eine Basal-Therapie mit Insulin degludec (Tresiba®).

Fiasp® senkte bei Gabe zur Mahlzeit den HbA_{1c} nach 26 Wochen signifikant stärker im Vergleich zu NovoRapid® (ETD*: -0,17 % [95 %-Konfidenzintervall (KI): -0,30; -0,03], p=0,014). Bei einer Gabe bis zu 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit war die Reduktion des HbA_{1c} unter Fiasp® der unter NovoRapid® nicht unterlegen (ETD: 0,13 % [95 %-KI: -0,01; 0,26]; p<0,001 für Nicht-Unterlegenheit). Im standardisierten Mahlzeitentest zeigte sich unter Fiasp® bei Gabe zu den Mahlzeiten im Vergleich zu NovoRapid® ein signifikant verminderter postprandialer Glukoseanstieg nach 30 Minuten (ETD: 1,64 mmol/L [95 %-KI: 0,72; 2,56]; p=0,001) nach einer Stunde (ETD: 2,77 mmol/L [95 %-KI: 1,32; 4,22]; p<0,001) und nach zwei Stunden (ETD: 2,59 mmol/L [95 %-KI: 0,56; 4,62]; p=0,013). [1]

Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Gesamtrate von schweren oder durch Blutzuckermessungen bestätigten hypoglykämischen Episoden festgestellt werden. Die Sicherheitsprofile von Fiasp® und NovoRapid® waren über alle Behandlungen hinweg vergleichbar.

Früherer Wirkeintritt durch schnellere Resorption

Ermöglicht wird der schnellere Wirkeintritt durch die Kombination des seit 20 Jahren bewährten Insulin aspart mit der natürlichen Aminosäure L-Arginin und Niacinamid (Vitamin B3). Während

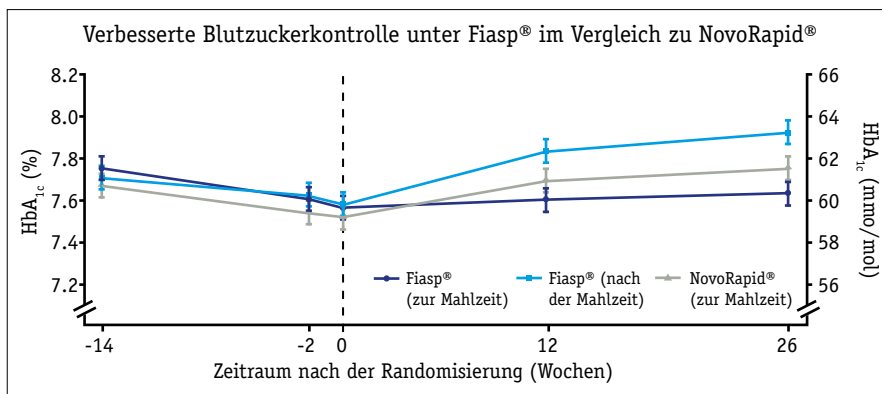


Abb. 1: Zu den Mahlzeiten verabreicht reduziert Fiasp® den HbA_{1c}-Wert stärker als NovoRapid® [mod. nach 1]

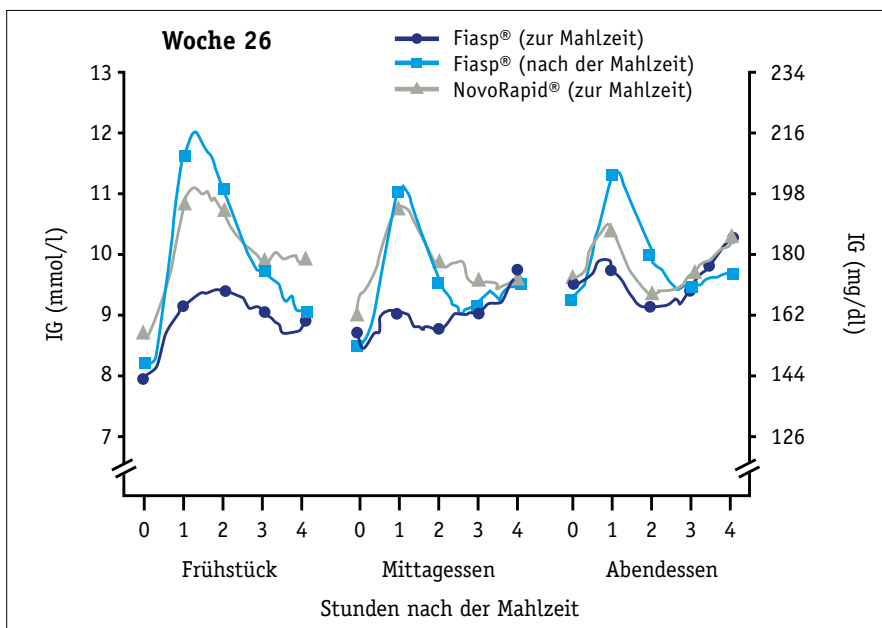


Abb. 2: Geringere postprandiale Glukosespitzen im CGM-Profil unter Fiasp® zu den Mahlzeiten [mod. nach 1]

* Es liegen hierzu derzeit keine klinischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen vor.

L-Arginin als Stabilisator agiert, bewirkt Vitamin B3 eine beschleunigte anfängliche Resorption durch eine schnellere Dissoziation der Insulin aspart-Hexamere in Monomere.[4] Dies bewirkt pharmakokinetische- und dynamische Vorteile: So war das schnelle Mahlzeiteninsulin im Vergleich zu konventionellem Insulin aspart bei Erwachsenen mit Typ 1 Diabetes doppelt so schnell im Blut nachweisbar, in den ersten 30 Minuten war doppelt so viel Insulin verfügbar und es wurde eine um 74 % größere Insulinwirkung erreicht.[5]

Dank dieser pharmakologischen Eigenschaften kann Fiasp® bis zu zwei Minuten vor und auch noch bis 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit angewendet werden. [6] Nach der Zulassungserweiterung können jetzt auch Jugendliche und Kinder ab 1 Jahr von dieser Flexibilität im Alltag profitieren, wobei empfohlen wird, Fiasp® bei dieser Patientengruppe vor der Mahlzeit (0 – 2 Minuten) zu verabreichen, mit der Flexibilität, dass eine Anwendung bis zu 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit in Situationen möglich ist, in denen Ungewissheit über die Einnahme der Mahlzeit besteht.

Fiasp® auch bei Typ 2 Diabetes

Das schnelle Mahlzeiteninsulin Fiasp® ist bei Erwachsenen sowie bei Jugendlichen

und Kindern ab 1 Jahr mit Diabetes mellitus zugelassen. Im Rahmen der Zulassungsstudie onset® 2 wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Fiasp® im Vergleich zu NovoRapid® bei Menschen mit Typ 2 Diabetes evaluiert. Dabei wurde eine vergleichbare Wirkung auf die Senkung des HbA_{1c}-Werts erzielt (ETD: -0,02 % [95 %-KI: -0,15; 0,10]) sowie ein signifikant geringerer Anstieg der postprandialen Plasmaglukose (PPG) eine Stunde nach standardisiertem Mahlzeitentest beobachtet (ETD: -0,59 mmol/l [95 %-KI: -1,09; -0,09] bzw. -10,6 mg/dl [95 %-KI: -19,56; -1,69]; p = 0,0198). Nach zwei Stunden war die Zunahme des postprandialen Blutzuckers zwischen beiden Insulinen vergleichbar (ETD: -0,36 mmol/l [95 %-KI: -0,81; 0,08] bzw. -6,6 mg/dl [-14,5; 1,4]).

Postprandiale Blutzuckerspitzen als Risikofaktor

Postprandiale Blutzuckerspitzen können sich negativ auf die Patienten auswirken. Nicht nur, dass sich die nach der Mahlzeit länger andauernde Hyperglykämie bei den Patienten durch Symptome wie Schwindel und Unkonzentriertheit bemerkbar machen kann [7] – postprandiale Blutzuckerspitzen sind zudem auch mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen assoziiert.[8] Ziel

der Therapie mit einem Mahlzeiteninsulin sollte es daher immer sein, die nach den Mahlzeiten auftretende Insulinlücke zu verringern und dadurch die Blutzuckerkontrolle zu optimieren.

Fazit: Mit Fiasp® steht jetzt auch für Jugendliche und Kinder ab 1 Jahr ein schnelles Mahlzeiteninsulin zur Verfügung, das im Vergleich zu konventionellem Insulin aspart (NovoRapid®) einen schnelleren Wirkbeginn aufweist und so dem physiologischen Insulinprofil Gesunder verglichen mit NovoRapid® noch näher kommen kann.

Referenzen

1. Bode BW et al. Diabetes Care. 2019;42:1255-1262. doi: 10.2337/dc19-0009
2. Russell-Jones D et al. Diabetes Care 2017;40:943-950.
3. Bowering K et al. Diabetes Care 2017;40:951-957.
4. Heise T et al. Diabetes Obes Metab 2015;17:682-688
5. Heise T et al. Clin Pharmacokinet 2017;56:551-559.
6. Fachinformation Fiasp®, aktueller Stand
7. Heller S et al. World Diabetes Congress 2015 (Poster #0956-P)
8. International Diabetes Federation (IDF), Guideline for Management of Post Meal Glucose in Diabetes, 2011; <https://www.idf.org/our-activities/advocacy-awareness/resources-and-tools/82:management-of-postmeal-glucose.html> (letzter Zugriff: 13.08.2019)

Nach Informationen von Novo Nordisk Pharma GmbH, Mainz

Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einem Fertigpen (FlexTouch®). Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Patrone (Penfill®). Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **Wirkstoff:** Insulin aspart. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100 Einheiten/ml Insulin aspart, gentechnisch hergestellt mithilfe rekombinanter DNS. **Sonstige Bestandteile:** Phenol, Metacresol, Glycerol, Zinkacetat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Argininhydrochlorid, Nicotinamid (Vitamin B3), Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. **Art der Anwendung:** Zur s.c. Injektion (Abdomen, Oberarme). Nur Fiasp® aus der Durchstechflasche kann in Insulininfusionspumpen zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) verwendet werden. Falls notwendig, kann Fiasp® aus der Durchstechflasche durch medizinisches Fachpersonal intravenös verabreicht werden. Fiasp® FlexTouch® und Penfill® sind nur für subkutane Injektionen geeignet; falls die Anwendung einer Spritze, intravenösen Injektion oder Infusionspumpe notwendig ist, sollte eine Durchstechflasche verwendet werden. Fiasp® kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Bei geplanter oder vorliegender Schwangerschaft und während der Stillzeit sind möglicherweise Dosisanpassungen notwendig. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin aspart oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung. Nadeln, Fertigpens, Patronen und Spritzen dürfen nur von einer Person verwendet werden. Fiasp® FlexTouch® ist zur Verwendung mit NovoFine® Plus, NovoFine® oder NovoTwist® Einwegnadeln mit einer Länge von bis zu 8 mm vorgesehen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie; häufig: Allergische Hautreaktionen, Reaktionen an der Injektions-/Infusionsstelle; gelegentlich: Überempfindlichkeit, Lipodystrophie; Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktische Reaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Juli 2019

NovoRapid® FlexPen® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einem Fertigpen. NovoRapid® Penfill® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Patrone. NovoRapid® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Durchstechflasche. NovoRapid® PumpCart® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone. **Wirkstoff:** Insulin aspart. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100 Einheiten/ml Insulin aspart, gentechnisch hergestellt mithilfe rekombinanter DNS. **Sonstige Bestandteile:** Glycerol, Phenol, Metacresol, Zinkchlorid, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Diabetes mellitus bei Patienten ab 1 Jahr. **Art der Anwendung:** Zur s.c. Injektion. NovoRapid® Durchstechflasche und NovoRapid® PumpCart® kann auch zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) in Pumpensystemen, die für die Insulininfusion geeignet sind, verwendet werden. NovoRapid® PumpCart® ist nur für die Verwendung mit geeigneten Insulin-Infusionspumpensystemen wie Accu-Chek® Insight oder YpsoPump® vorgesehen. Wenn nötig, kann NovoRapid® auch intravenös verabreicht werden, jedoch nur von einem Arzt oder anderem med. Fachpersonal und nur aus der Durchstechflasche, die Anwendung mit einer Spritze darf nur aus der Durchstechflasche erfolgen. Insulin aspart kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Bei geplanter oder vorliegender Schwangerschaft und während der Stillzeit sind möglicherweise Dosisanpassungen durch den Arzt notwendig. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin aspart oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Sehstörungen oder Ödeme zu Beginn der Behandlung. Allergische Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung, Nesselsucht, Entzündungen, Blutergüsse, Schwellung oder Juckreiz). Lipodystrophien an der Injektionsstelle. Sehr selten generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen, die lebensbedrohlich sein können. Bei schneller Verbesserung der Blutzuckereinstellung vorübergehende Verschlechterung der diabet. Retinopathie und revers. akute schmerzhafte Neuropathie. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Mai 2018

Digitaltipp für Ihre Patienten

Neuer Chatbot beantwortet Fragen rund um Zeckenvorsorge // In den warmen Sommer- und Herbstmonaten sind Fragen rund um die Zeckenvorsorge in der Apotheke oder Hausarztpraxis sehr häufig. Inzwischen weiß fast jeder, dass Zecken Krankheitserreger wie das Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-) Virus übertragen können. Unsicher sind jedoch viele Menschen, wenn es um die richtigen Sofortmaßnahmen nach einem Zeckenstich geht oder darum, in welchen Regionen Deutschlands das FSME-Risiko besonders hoch ist. Diese Fragen beantwortet ab sofort Dr. Oswald, der virtuelle Gesprächspartner im neuen Chatbot auf www.zecken.de.

Wurdest du von einer Zecke gestochen und möchtest Hilfe bei den nächsten Schritten?“ So könnte das Gespräch mit Dr. Oswald beginnen. Die über ein Dialogfenster gestellten Fragen beantwortet kein Mitarbeiter, sondern der virtuelle Chatbot Dr. Oswald. Er weiß Bescheid über die Krankheiten Borreliose und FSME, kennt die FSME-Risikogebiete und erklärt leicht verständlich, wie eine Zecke entfernt wird. Der Chatbot beantwortet zudem Fragen nach der richtigen Vorsorge und punktet mit animierten Videos und Fotos. Für vertiefende Informationen, z. B. zu den Krankheitsverläufen von FSME und den europäischen FSME-Risikogebieten, sorgen Querverweise auf www.zecken.de. Der neue Chatbot ist auch auf Facebook unter www.facebook.com/zecken.de zu erreichen. Die Gesprächsdaten werden spätestens nach 24 Stunden gelöscht.

Symptome einer Infektion erkennen

Eine häufige Frage lautet: Borreliose oder FSME? Beide Krankheitserreger

werden durch Zecken übertragen, aber wo liegt der Unterschied? Hier weiß Dr. Oswald Rat und antwortet nach einigen gezielten Nachfragen: Die Wanderröte ist ein Symptom der Borreliose und ein Foto hilft beim ersten Abgleich. FSME hingegen zeigt sich häufig mit hohem Fieber sowie starken Kopfschmerzen und kann zu einer Gehirn- und Rückenmarkentzündung mit neurologischen Schäden führen. Die richtige Vorsorge ist unerlässlich. Welche Maßnahmen schützen, zeigt anschaulich ein animiertes Video.

Beispiel-Dialog: Wo gibt es FSME-Risikogebiete?

Will der Ratsuchende wissen, ob er sich in einem FSME-Risikogebiet aufhält, erfragt Dr. Oswald zuerst den Aufenthaltsort. Je nach Bundesland gibt er Hinweise zu den aktuellen FSME-Risikogebieten und bietet zudem viele praktische Tipps zur Vorsorge. Den Hinweis auf eine FSME-Impfung gibt der digitale Gesprächspartner gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission allen, die in FSME-Risikogebieten zeckenexponiert

sind, entweder weil sie dort leben oder sich kurzfristig, z. B. im Urlaub oder auf Dienstreisen, dort aufhalten.

Pfizer – Gemeinsam für eine gesündere Welt

Wenn Menschen krank werden, können sich viele Dinge für sie verändern – ein oft schwieriger Weg beginnt. Mehr als 10.000 Forscher und über 90.000 Mitarbeiter arbeiten bei Pfizer daran, Menschen auf diesem Weg zu unterstützen. Sie entwickeln, produzieren und vertreiben innovative Medikamente und Impfstoffe sowie einige der weltweit bekanntesten rezeptfreien Produkte.

Das Unternehmen mit Hauptsitz in New York erzielte im Geschäftsjahr 2018 einen Gesamtumsatz von 53,6 Milliarden US-Dollar. In Deutschland beschäftigt Pfizer derzeit rund 2.500 Mitarbeiter an drei Standorten: Berlin, Freiburg und Karlsruhe.

**Nach Informationen von
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin**

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.bvkj.de

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz (federführend)

E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de